

Perinatális időszakban jelentkező depresszív és szorongásos zavarok és hatásuk az anyai percepcióra

Doktori értekezés

Lefkovics Eszter

Semmelweis Egyetem

Klinikai orvostudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Baji Ildikó, Ph. D., főiskolai docens

Hivatalos bírálók: Dr. Szekeres György, Ph.D., osztályvezető főorvos
Dr. Bátki Anna, Ph.D., egyetemi adjunktus

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Réthelyi János, Ph.D., egyetemi tanár, igazgató

Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Szuromi Bálint, Ph.D., egyetemi adjunktus
Dr. Turi Eszter, Ph.D., pszichológus

Budapest

2019

Tartalomjegyzék

1. Rövidítések jegyzéke	4
2. Táblázatok jegyzéke	5
3. Ábrák jegyzéke	6
4. Bevezetés	7
4.1. A peripartum időszakban jelentkező hangulatzavarok és következményeik	7
4.1.1. A peripartum időszakban előforduló mentális problémák	7
4.1.2. A prenatális és posztpartum depresszió meghatározása és előfordulási gyakorisága	9
4.1.3. Kiváltó tényezők és rizikófaktorok	10
4.1.4. Prenatális depresszió következményei	12
4.1.5. Az anyai szenzitivitás hatása a korai anya-gyermek kapcsolatban	14
4.1.6. Posztpartum depresszió hatása a korai anya-gyermek kapcsolatra	16
4.2. Szorongásos tünetek hatásai a peripartum időszakban	18
4.2.1. Szorongásos tünetek és együttjárásuk a depresszióval	18
4.2.2. Szorongásos tünetek jelentősége a peripartum időszakban	20
4.3. Depressziós tünetek hatása az észlelésre	22
4.3.1. A depresszió és az észlelés összefüggése	22
4.3.2. Az anyai depresszió és a csecsemőről alkotott kép összefüggései	24
4.4. Társas támogatás, mint protektív faktor	26
5. Célkitűzések	29
6. Módszerek	31
6.1. Mintavétel és minta bemutatása	31
6.1.1. Az 1. minta bemutatása	33
6.1.2. A 2. minta bemutatása	34
6.2. Alkalmazott mérőeszközök bemutatása	35
6.2.1. Az 1. vizsgálatban felhasznált mérőeszközök	35
6.2.2. A 2. vizsgálatban felhasznált mérőeszközök	37
6.3. Statisztikai próbák bemutatása	40
6.3.1. Az 1. vizsgálatban elvégzett statisztikai próbák	40
6.3.2. A 2. vizsgálatban elvégzett statisztikai próbák	41
7. Eredmények	42

7.1. Az 1. vizsgálat eredményei	42
7.1.1. Az 1. vizsgálat statisztikai jellemzői	42
7.1.2. Prenatális depresszív és szorongásos tünetek hatása a posztpartum depresszióra	44
7.1.3. Prenatális állapotszorongás és vonásszorongás hatása a posztpartum depresszióra	46
7.1.4. Prenatális időszakban depressziós és szorongásos tüneteket mérő eszközök posztpartum depressziót előrejelző hatékonyságának összehasonlítása	47
7.2. A 2. vizsgálat eredményei	49
7.2.1. A 2. vizsgálat statisztikai jellemzői	49
7.2.2. Posztpartum depresszió összefüggése az anya gyermekéről történő észlelésével	50
7.2.3. Posztpartum időszakban megjelenő szorongásos tünetek összefüggése az anyai észleléssel	51
7.2.4. Észlelt társas támogatás összefüggése az anyai észleléssel a posztpartum depressziós és nem depressziós csoportban	52
8. Megbeszélés	55
8.1. Az 1. vizsgálat eredményeinek megbeszélése	55
8.1.1. Prenatális depresszív és szorongásos tünetek hatása a posztpartum depresszióra	55
8.1.2. Prenatális állapotszorongás és vonásszorongás hatása a posztpartum depresszióra	57
8.1.3. Prenatális időszakban depressziós és szorongásos tüneteket mérő eszközök posztpartum depressziót előrejelző hatékonyságának összehasonlítása	58
8.2. A 2. vizsgálat eredményeinek megbeszélése	60
8.2.1. Posztpartum depresszió hatása az anyai észlelésre	60
8.2.2. Posztpartum időszakban megjelenő szorongásos tünetek hatása az anyai észlelésre	62
8.2.3. Észlelt társas támogatás hatása az anyai észlelésre a posztpartum depressziós és nem depressziós csoportban	64
8.3. A kutatás limitációi	66
8.4. A két vizsgálat eredményeinek összegzése	67
9. Következtetések	69
10. Összefoglalás	70
11. Summary	71
12. Irodalomjegyzék	72
13. A disszertáció témájában megjelent saját közlemények	89
14. A disszertáció témájától független saját közlemények	90

15. Köszönetnyilvánítás	91
1. melléklet: EPDS kérdőív	92
2. melléklet: STAI kérdőív	95
3. melléklet: MORS-SF kérdőív	99
4. melléklet: MSPSS kérdőív	100

1. Rövidítések jegyzéke

AIC	Akaike információs kritérium
APA	American Psychiatric Association
DSM-5	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
CI	konfidencia intervallum
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
HPA-tengely	hypothalamus-hypophysis-mellékvesekéreg-tengely
MORS-SF	Mothers' Object Relations Scale – Short Form
MSPSS	Multidimensional Scale of Perceived Social Support
OR	esélyhányados
p	valószínűség
PCA	Principal Component Analysis
PPD	posztpartum depresszió
PTSD	posttraumás stressz zavar
r	korrelációs együttható
ROC-görbe	Receiver Operator Characteristic Curves
STAI	State Trait Anxiety Inventory
SAD	Seasonal Affective Disorder
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
WHO	World Health Organisation

2. Táblázatok jegyzéke

1. táblázat: PPD rizikófaktorai
2. táblázat: 1. vizsgált minta szocio-demográfiai adatai
3. táblázat: 2. vizsgált minta szocio-demográfiai adatai
4. táblázat: MORS-SF skálákhoz tartozó állítások
5. táblázat: Az 1. és 2. vizsgálatban felhasznált mérőeszközök
6. táblázat: Az 1. vizsgálatban használt skálák statisztikai jellemzői
7. táblázat: Posztpartum időszakban EPDS alapján mért PPD és nem PPD csoportok
8. táblázat: Prenatális időszakban mért klinikai szintű szorongás prevalenciája a PPD csoportban
9. táblázat: Prenatális időszakban skálák közötti korrelációk
10. táblázat: Prenatális fázisban felvett EPDS főkomponens analízise
11. táblázat: Prenatális EPDS és posztpartum EPDS összefüggése
12. táblázat: Prenatális időszakban felvett EPDS alskálák összefüggése a PPD-val
13. táblázat: Prenatális időszakban felvett STAI skálák összefüggése a PPD-val
14. táblázat: A prenatális időszakban használt mérőeszközök PPD-ra vonatkozó diszkriminációs hatékonysága
15. táblázat: A 2. vizsgálatban használt skálák statisztikai jellemzői
16. táblázat: Posztpartum időszakban EPDS alapján mért PPD és nem PPD csoportok
17. táblázat: STAI állapot- és vonásszorongás előfordulása a PPD és nem PPD csoportban
18. táblázat: MORS skálákon elért eredmények a PPD és a nem PPD csoportban
19. táblázat: Depresszió, állapot- és vonásszorongás összefüggése a MORS skálákkal az egyváltozós regressziós elemzés alapján
20. táblázat: Depresszió, állapot- és vonásszorongás összefüggése a MORS skálákkal a többváltozós regressziós elemzés alapján

3. Ábrák jegyzéke

1. ábra: A PPD következtében módosult anyai észlelés hatása a gyermek későbbi fejlődésére
2. ábra: Kutatási fázisok és a vizsgált minta számának alakulása
3. ábra: ROC görbék jellemzői a PPD és nem PPD személyek elkülönítésében mutatott hatékonyságukban
4. ábra: Észlelt társas támogatás összefüggése a MORS pozitív érzelem skálával a PPD és a nem PPD csoportban
5. ábra: Az észlelt társas támogatás összefüggése a MORS dominancia skálával a PPD és a nem PPD csoportban
6. ábra: Vonásszorongás hatása a stresszel való megküzdési képességre

4. Bevezetés

4.1. A peripartum időszakban jelentkező hangulatzavarok és következményeik

4.1.1. A peripartum időszakban előforduló mentális problémák

Minden ember életében előfordulnak olyan időszakok, melyek fokozottabb figyelmet igényelnek a fizikális és mentális egészség megőrzése érdekében. A nők életében kiemelkedő jelentősége van a várandósság, szülés és gyermekágy (peripartum) időszakának. Amellett, hogy alapvetően örömteli életszakasz, fokozott stresszel és hormonális-testi változásokkal jár együtt. Az anyák számára lélektani kihívást jelenthet az új szerep betöltése, új készségek elsajátítása, saját szükségleteik háttérbe szorítása és az új családi egyensúly kialakítása (Molnár, 2013). A gyermek születése normatív krízisként is meghatározható; olyan életeseményt jelent, mely átmeneti egyensúlyvesztéssel jár és a különböző stresszhelyzetek révén jelentős alkalmazkodást igényel. A krízishelyzet adekvát megoldása biztosítja a nő számára személyisége további fejlődését, az anyaszerep kialakulását és annak integrálódását. Kevésbé sikeres kimenet esetén pszichés egyensúlyvesztést eredményezhet (Hajduska, 2008).

A szülés utáni év az anyák mentális egészsége szempontjából fokozottan sérülékeny időszak, melyet jól tükröz a posztpartum depresszió és szorongásos zavarok magas prevalenciája. A szülést követő lelki rendellenességek előfordulására már az ókorban is felfigyeltek (Páll, 2002). A posztpartum alkalmazkodás időszakában természetes, hogy sok anya átél kisebb mértékű szorongást vagy hangulati ingadozásokat. Azokban az esetekben azonban, amikor egy adott tünetegyüttes vagy állapot klinikailag jelentős funkcióromláshoz vezet, vagy szenvedést okoz az egyénnek és/vagy környezetének, kórosnak tekinthető. A pontos diagnózis a pszichiátriai zavarok kritériumainak ellenőrzését követően állapítható meg, mindemellett fontos figyelmet szentelni a szubklinikai tünetek jelenlétének is, hiszen ezek a későbbi mentális zavarok előjelei lehetnek. A DSM-5 (Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyv, American Psychiatric Association, 2013) nem kezeli külön diagnosztikus csoportként a peripartum mentális zavarokat, ugyanakkor a major depresszió diagnózisánál a

„peripartum kezdettel” jelleg külön jelölhető. Idői kritériumként a szülést követő négy héten belül jelentkező kezdetet határozza meg annak ellenére, hogy a tünetek gyakran a szülés utáni egy évben jelennek meg (Sharma és Burt, 2011).

A szülést követő időszak mentális problémái hagyományosan három fő kategóriába sorolhatóak (Sharma és Burt, 2011):

- Szülést követő lehangoltság (posztpartum blues):
A szülő nők 60-80%-nál jelentkezik a szülést követő 1 héten belül (Beck, 2003). Átmeneti állapot, kezelést nem, de a környezet fokozott odafigyelését igénylő állapot. A jelenség kialakulásában a gyermek születésével járó fizikai és pszichés változások, valamint a nemi hormonok szintjében hirtelen bekövetkező változás állhat. Ok nélküli sírásban, türelmetlenségben, ingerlékenységben, étvágytalanságban, alvási problémákban, önbizalomhiányban, szorongásban és nyugtalanságban nyilvánulhat meg. Gyakori a lehangoltság, amely az esetek többségében nem éri el a klinikai depresszió mélységét. Az anya levertnek, közömbösnek, szorongónak, aggodalmaskodónak, érzelmileg labilisnak érezheti magát. Gyakran sírva fakad, alkalmatlansági érzések, önvád, bűntudat gyötörheti.
- Posztpartum pszichózis: előfordulása ritka, 0,1-2,6% közötti gyakoriságú (Jones és mtsai, 2014). A legsúlyosabb, ugyanakkor a legritkábban előforduló kórkép. Leggyakrabban a szülést követő 2-4 héten belül lép fel, a tünetek viszonylag gyorsan kifejlődnek. A pszichotikus tünetek mellett többnyire affektív tünetek is jelen vannak; irracionális félelmek, bűnösségi/paranoid téveszmék is gyakoriak. Tünetei közé tartoznak a hallucinációk, téveszmék, súlyos álmatlanság, öngyilkossági vagy gyilkossági gondolatok, bizarr érzések és viselkedés. A kórkép felismerése és kezelése különösen a megnövekedett szuicid veszély, illetve az esetlegesen előforduló csecsemőgyilkosság megelőzése miatt kiemelten fontos. Minden esetben kórházi kezelést igényel.
- Szülés utáni depresszió (posztpartum depresszió - PPD): 10-20%-os gyakoriságú, sokszor fel nem ismert állapot (Kelly, Russo és Katon, 2011). Kezelés nélkül

súlyos szövődményekkel és következményekkel járhat. Részletes leírása a további fejezetekben található.

A peripartum időszakban jelentkező pszichés krízishelyzetek társadalmi jelentősége abban áll, hogy az ebben az időszakban jelentkező pszichiátriai megbetegedések több nemzedék sorsát is érintik: az anyáét és gyermekét. Közvetve a már kialakult vagy a születő családot veszélyeztetik, így a következő generációra is kihatnak. A fel nem ismert, vagy szövődményeket okozó anyai hangulatzavar hatást gyakorol az egész család életére, a személyközi kapcsolatokra, és a gyermek érzelmi, pszichológiai fejlődésére, magatartására is. A csecsemő korai tapasztalatai alapján érzékeli a világot, és ezek alapján a tapasztalatok alapján alakulnak ki későbbi elvárásai is másokkal kapcsolatban. Kapcsolatai, kötődési mintázatai, másokhoz való bizalmi kapcsolata, megküzdési módjának gyökerei, azaz belső mentális modellje az anyával kialakuló korai tapasztalatain alapulnak. Ezért a korai anya-gyermek interakciókra hatást gyakorló anyai pszichés zavarok mélyebb megértése és prevenciójuk kiemelten fontos.

4.1.2. A prenatális és posztpartum depresszió meghatározása és előfordulási gyakorisága

A major depresszió egyike a leggyakrabban előforduló pszichiátriai kórképeknek. Előfordulási gyakorisága 3 és 17% közötti (Andrade és mtsai, 2003). A major depresszió egy éves prevalenciája Magyarországon 7,1% (Torzsa és mtsai, 2008). A WHO előrejelzése szerint 2030-ra a depresszió az egyik legnagyobb terhet fogja jelenteni a világ gazdasága számára (Matthey és Ross-Hamid, 2011). A major depresszió egy krónikus betegség, mely affektív, kognitív, viselkedési és szomatikus tünetekkel jár. Diagnózisa a DSM-5 (APA, 2013) kritériumrendszere alapján történik. A diagnózis felállításának kritériuma a depresszív hangulat és/vagy az érdeklődés és öröm elvesztése a mindennapi tevékenységek iránt, emellett további tünetek az alvásproblémák, súlyváltozás, pszichomotoros agitáció vagy retardáció, fáradtság, anergia érzése, koncentrációs probléma, inadekvát önvádolás, büntudat érzése, alacsony önértékelés, szuicid magatartás. A fenti tünetekből legalább öt észlelhető egy minimálisan kéthetes periódus folyamán. A tünetek jelentős szenvedést vagy szociális, foglalkozási vagy egyéb fontos

funkcióromlást okoznak. Nem kémiai anyag vagy általános egészségi állapot közvetlen élettani hatásának tulajdoníthatók, és nem magyarázhatóak gyászreakcióval.

A depresszió élettartam prevalenciája nőknél kétszer olyan gyakori, mint férfiaknál és a szülés körüli időszak különösen veszélyeztetett periódus a nők számára (Marcus, 2009). A szülés előtti – prenatális – depresszió a nők 7-17%-ánál fordul elő (Gavin és mtsai, 2005) és a legerősebb bejósoló tényezője a szülés utáni – posztpartum – depresszió megjelenésének, mely a nők 22%-át is érintheti a szülést követő 1 évben (Kelly, Russo és Katon, 2011). Mindezek ellenére, a perinatális időszakban megjelenő depresszió nagyrészt feltáratlan marad, mivel a tünetek egy része a várandósság alatt és szülés utáni időszakban természetesen is előfordulhat. Az alvási és étvágy problémák, a fáradékonyság és a fokozott érzékenység mind velejárói lehetnek a várandósságnak, ugyanígy a szülést követő időszakban megjelenhet a fokozott fáradékonyság, az értéktelenség érzés és önvád, mely szociális támogatás hiányában még fokozottabb mértékben jelentkezhet.

4.1.3. Kiváltó tényezők és rizikófaktorok

A major depresszió hátterében soktényezős oki folyamat szerepel. A depresszió kialakulása az egyéni sérülékenység és a környezeti hatások egyensúlyának függvénye. Az egyéni vulnerabilitást örökletes tényezők határozzák meg számos olyan vizsgálat szerint, amely depressziósok és nem depressziósok családjában követte nyomon a betegség előfordulását. A major depresszió rizikója a beteg hozzátartozói között kétféle lehet: a kontroll családokhoz képest (Lohoff, 2010). Az öröklött hajlamot módosíthatják a korai életévek tapasztalatai: az anya-gyermek kapcsolat milyensége, a nevelési módszerek, a családi légkör vagy különböző életesemények. A környezeti tényező a depresszió esetében olyan stresszt okozó eseményt jelenthet, amely beindítja a betegség kialakulását. Számos olyan életesemény fordulhat elő, amely kimerítheti egy személy megküzdési kapacitását. Bizonyos életszakaszokban és évszakokban a pszichés terhelés fokozottan jelentkezik, ilyenkor a depresszió előfordulása olyannyira jellegzetes, hogy külön nevet is kap ez alapján a betegség, például az évszakhoz kötődő depresszió (SAD, Seasonal Affective Disorder) vagy maga a gyermekágyi depresszió is.

A depresszió kialakulásának okai mellett a kialakulás mechanizmusára is többféle elképzelés van. Ezek két fő csoportra oszthatók: biológiai és pszichológiai elméletekre. A biológiai elméletek a depresszió tüneteinek kialakulását az idegrendszer szerkezeti és funkcionális eltéréseivel, a neurotranszmitterek szintjének változásával magyarázzák. Ide tartozik az a PPD kialakulására vonatkozó elképzelés is, melyre az 1950-es évek pszichofarmakológiai kutatásai hívták fel a figyelmet. Eszerint a PPD és a hormonális változások közötti összefüggés hátterében a szülés utáni hirtelen ösztrogén és progeszteronszint csökkenés állhat (Pitt, 1968). A várandósság időszakában az említett hormonok szintje jelentősen megnövekedett, a méhlepény leválása és távozása után azonban visszaesik az eredeti szintre. Ez a hirtelen csökkenés eredményezhet biokémiai egyensúlyzavart az agyban, amely a depresszióhoz köthető. A közelmúltban végzett kutatási eredmények alátámasztották (Schiller, Meltzer-Brody és Rubinow, 2015) a szülés utáni hirtelen ösztrogén- és progeszteronszint csökkenés és a hangulati zavarok között fennálló összefüggést. Más tanulmányok a szülés utáni hangulati zavarokat a tejtermelést serkentő hormon, a prolaktin változásaihoz kötik (Schiller, Meltzer-Brody és Rubinow, 2015).

A PPD legerősebb pszicho-szociális rizikófaktorának a korábban előforduló depresszív és szorongásos zavarok, és a korábbi szüléseket követően fellépő PPD bizonyultak az utóbbi évek kutatásait összefoglaló tanulmány szerint (Ghaedrahmati és mtsai, 2017). Egy korábbi összefoglaló tanulmány (Robertson és mtsai, 2004) emellett kiemelte a várandósság alatt átélt negatív életesemények jelentőségét és a korábbiakban átélt szexuális abúzus szerepét, mely mindkét tanulmány szerint jelentősen növelte a PPD előfordulásának valószínűségét. Az aktuális terhességgel kapcsolatos negatív attitűd, a társas támogatás hiánya, az anyai szereppel járó bizonytalanság, az önértékelési zavarok, az átalakult testkép, a párkapcsolatban bekövetkezett változások mind szerepelnek a rizikófaktorok között. Szintén nagyobb a szülés utáni depresszió kialakulásának esélye, ha az anya nagyon fiatal, egyedülálló vagy házassági konfliktusai vannak, illetve a várandósság időszaka előtt vagy alatt drogot fogyasztott. A kutatások nem találtak összefüggést az etnikai hovatartozás, az iskolázottság, a gyermek neme és a PPD megjelenésének valószínűsége között. Milgrom és munkatársai (2008) a PPD prenatális

rizikófaktorainak felmérését állították kutatásuk fókuszába. Vizsgálatukban 12.361 főt mértek fel az EPDS segítségével a várandósság időszakában és 6 héttel a szülés után. Eredményeik alapján, a PPD legerősebb bejósoló tényezőjének a prenatális időszakban megjelenő depresszió, a várandósságot megelőzően, korábban átélt depresszió és a társas támogatás alacsony szintje bizonyult.

A PPD rizikófaktorait az alábbi táblázat foglalja össze (1. táblázat):

1. táblázat PPD rizikófaktorai

Erős befolyásoló hatás	Prenatális depresszió
	Prenatális szorongás
	Korábbi szüléseket követő PPD
	Közelmúltban átélt stresszes életesemények
	Társas támogatás hiánya (észlelt vagy valós)
	Korábban átélt depressziós epizód
Közepes befolyásoló hatás	Gyermekekről való gondoskodás stresszként való megélése
	Alacsony önértékelés
	Neurocitás (aggodalmaskodásra való hajlam)
	Gyermek nehéz temperamentuma
Gyenge befolyásoló hatás	Terhességi és szülési komplikációk
	Kognitív attribúciók
	Partnerkapcsolat minősége
	Szocio-ökonómiai helyzet

4.1.4. Prenatális depresszió következményei

A prenatális depresszió az érintett életminőségén kívül, hatást gyakorol a terhesség lefolyására, a szülésre és mindenekelőtt a születendő gyermek fejlődésére (Lefkovich, Baji és Rigó, 2014). A jelenlegi kutatási eredmények alapján, feltételezhető, hogy a várandósság időszakában fellépő depresszív tünetek hatást gyakorolnak a HPA

(hypothalamus-hypophysis-mellékvesekéreg) - tengely működésére és ezen keresztül változást idéznek elő a magzat stressz helyzetre adott válaszaiban (Li, 2009). A HPA-tengely megváltozott működésének következtében változik a vér kortizol és norepinephrin szintje, mely hatást gyakorol a méh véráramlására és ezen keresztül a magzat fejlődésére, méretére és a szülés megindulására. Egy retrospektív felmérés (Goedhart, 2010) szerint, a depressziós nőknél szignifikánsan megnő a császármetszés és a koraszülés valószínűsége, és gyakrabban alakul ki vérszegénység, diabétesz vagy terhességi magas vérnyomás. Az elmúlt években folytatott kutatások eredménye alapján, a terhesség alatti depresszió leggyakrabban koraszüléshez vagy a csecsemő súlyának elmaradásához vezet (Lefkovich, Baji és Rigó, 2014). Mindemellett számos olyan vizsgálati eredmény is ismeretes, melyek szerint a prenatális depresszió kedvezőtlen neonatális hatásai nem bizonyítottak (Andersson és mtsai, 2004).

A szorongásos és depresszív zavarok alacsony önértékeléssel párosulnak (Seretti, Olgiati és Colombo, 2005; Benetti és Kambouropoulos, 2006). Az alacsony önértékelés csökkenti az egészség kontrollálhatóságába vetett hitet, korlátozza az én-hatékonyságot és az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságot (Pakenham, Smith és Rattan, 2007). A kutatási eredmények arra is rámutattak, hogy a prenatális depressziót átélő nők kevésbé kérnek segítséget a várandósgondozás során, illetve kevésbé tartják be az egészséges táplálkozásra vonatkozó előírásokat (Gentile, 2015). A várandósság időszakában depressziós tüneteket mutató nők szignifikánsan alacsonyabb pontszámot értek el az egészséghez kapcsolódó életminőség vizsgálatokor, mely magába foglalja a testmozgást, fizikai erőnlétet, általános egészségi állapotot, fáradékonyságot és mind a fizikai, mind a pszichés közérzetet (Nicholson és mtsai, 2006). Mindemellett a várandós nő depressziója közvetetten is kifejtheti hatását olyan rizikót hordozó viselkedésformákon keresztül, mint a dohányzás vagy alkoholfogyasztás, melyek negatívan hatnak a magzat egészséges fejlődésére (Gentile, 2015).

4.1.5. Az anyai szenzitivitás jelentősége a korai anya-gyermek kapcsolatban

A John Bowlby (1969) nevéhez fűződő kötődés elmélete szerint a csecsemőre veleszületetten jellemző készlet, evolúciósan megalapozott szükséglet, hogy közvetlen környezetében egy vagy néhány gondozóval kötődési kapcsolatot alakítson ki. Ez evolúciósan a gyermek és gondozója közti testi közelség elérését és fenntartását, és ezzel a biztonságot, valamint a túlélési potenciált alapozza meg. Az optimális anya-gyermek interakciós mintázatok hozzájárulnak a gyermek egészséges fejlődéséhez. A mintázatok kutatására nagy hatással volt Mary Ainsworth (1979) munkássága, aki Idegen Helyzetnek nevezett eljárásával a kapcsolat biztonságosságát mérte. A vizsgálat célja olyan körülmények megteremtése volt, melyben a közelségkeresés és exploráció egyensúlya megragadható stresszkeltő szituációban laboratóriumi körülmények között. Az Idegen Helyzet eljárása során megfigyelik a játszó gyermeket 20 percen keresztül, amíg a gondozók és idegenek belépnek a szobába, illetve elhagyják azt, így újjáteremtve az ismerős és ismeretlen jelenlétének élményét, amely szituációval a legtöbb gyermek szembesül élete folyamán. A vizsgálatban megfigyelt viselkedési mintázatok alapján, Ainsworth a következő kötődési típusokat írta le 12-18 hónapos gyermekeknél:

- Biztonságosan kötődő (B típus): Az anya jelenlétében a gyermek láthatóan biztonságban érzi magát, nyugodtan játszik. Ha az anya távozik a szobából, nyugtalan lesz, az idegen nem tudja megvigasztalni. Az anya visszatértekor gyorsan megnyugszik és visszatér a játékhoz.
- Szorongó/elkerülő (A típus): Amíg együtt vannak a szobában, a gyermek közömbös az anyával szemben. Nem mindig sír az anya távozásakor, de ha igen, akkor az idegen is meg tudja nyugtatni. Amikor az anya visszatér, nem keresi a közelségét, nem megy oda hozzá vigasztalódni.
- Szorongó/ellenálló (C típus): Ezt a csoportot szokták ambivalensnek is hívni. Az ilyen gyermek szorosan az anyja mellett marad már a vizsgálat elején. Mikor az anya kimegy, teljesen kétségbe esik, és nem nyugszik meg az anya visszatérése után sem. Keresi anyja közelségét, ugyanakkor ellen is áll neki. Ha az anya felveszi, a gyermek rögtön azt akarja, hogy tegye le.

Main és Solomon (1990) évekkel később írtak le egy negyedik kategóriát, amely lehetővé tette az addig besorolhatatlan gyermekek kötődésének a leírását is:

- **Dezorganizált (D típus):** Az ebbe a típusba tartozó gyermek nem mutat szervezett kötődési mintázatot, viselkedése zavart, az anyától való félelem jegyei ismerhetők fel viselkedésében. Megtörténhet, hogy a gyermek „megdermed”, bizarr, repetitív mozgások jelennek meg az anya jelenlétében, illetve visszatértekor.

A biztonságos, illetve bizonytalan kötődési típusok háttérben fennálló okokat kutatva, kiemelhető az anyai érzékenység (szenzitivitás) szerepe, melynek következtében az anya és gyermeke közötti egymásra hangolódás folyamata optimálisan alakul, megalapozva a biztonságos kötődési mintázatot.

A gyermekek különösen érzékenyek a külső környezetből érkező ingerekre az első életévben, hiszen ekkor a legkevésbé önállóak, így legjobban függnek mások gondoskodásától. A kötődési kapcsolat a megszületéstől kezdve az első év folyamán alakul ki a gondozókkal folytatott rendszeres interakciók során (Bowlby, 1969/1982). Így a gyermek első életévében jelenlévő anyai depressziós tünetek egy különösen érzékeny időszakban érik a gyermeket (Bagner és mtsai, 2010). A korai interakciók fontos szerepet játszanak a csecsemő érzelemszabályozásának kialakításában. Az ezek során megmutatkozó pozitív vagy negatív érzelmek befolyásolják a csecsemő fejlődését, viselkedését, érzelmi és viselkedéses válaszokra motiválják, valamint az érzéseknek megfelelő megküzdési stratégia aktiválására (Winnicott, 1987). A negatív érzelmek megtapasztalása, megélése stressz-szituációt is jelent, mely hatására védekező mechanizmusok indulnak be. Az érzelmek szerepe különösen fontos abban az életkorban, amikor a verbalitás még nem funkcionál, és a csecsemő a preverbális fejlődési stádiumban van. Ebben a szakaszban még tanulja érzelmeit, azok megismerését, beazonosítását, kifejezését, ehhez azonban fontos számára a külső környezet támogatása. Az érzelmek implicit, automatikus szabályozása a korai kapcsolatban formálódik. Fontos kiemelni, hogy a megfelelő korai tapasztalatok segítenek csökkenteni a károsító feszültséget (distresszt), és pozitív érzelmi állapotokat generálnak. Optimális esetben, az anya-gyermek kapcsolatban, a kialakuló intenzív érzelmeket az anya befolyásolja.

4.1.6. Posztpartum depresszió hatása a korai anya-gyermek kapcsolatra

A korai anyai odafordulás, a szenzitív gondoskodás zavarát okozó tényezők közé tartozik a posztpartum depresszió, melynek tünetei befolyást gyakorolnak az anya viselkedésére, gondolkodására és ezeken keresztül csökkenthetik a gyermek gondozására fordított figyelmet (Bansil és mtsai, 2010). Az interakciókra gyakorolt hatás megfigyelhető az agyi aktivitásban bekövetkező változásokban is; EEG vizsgálatokkal frontális asszimetria vált megfigyelhetővé a gyermekek vizsgálatakor, a jobb oldalon kifejezettebb aktivitással (Murray és Cooper, 2017). Azokban az esetekben kifejezettebb volt a változás, melyekben az anya visszahúzó magatartást mutatott a korai, gyermekkel történő interakciók során. A depressziós anyák gyermekeinél magasabb kortizol szintet találtak egy longitudinális vizsgálat során (Barry és mtsai, 2015), rámutatva a HPA-tengely működésében bekövetkező tartós változásokra. Az eredmények fényében, elmondható, hogy az anyai depresszió hosszú távú hatást gyakorol biológiai mechanizmusokon keresztül is a következő nemzedék stresszel való megküzdési képességére.

Az elmúlt években zajló kutatások szerint az anya depressziós tünetei negatív irányba befolyásolják a gyermekek kognitív, viselkedési és pszichomotoros fejlődését, mely megnyilvánul a gyermek iskoláskorban mutatott tanulási hajlandóságában, kommunikációs készségében és viselkedési problémáiban (Righetti-Veltema és mtsai, 2002; Cummings, Keller és Davies, 2005; Deave és mtsai, 2008; Kingston, Tough és Whitfield, 2012). Ezt támasztják alá azok a kutatási eredmények is, melyek rámutatnak az anya által kimutatott pozitív érzelmek, a csecsemőkkel folytatott kommunikációban természetesen megjelenő, eltúlzott intonációval járó „dajkabeszéd” és szerető érintés hatására a gyermek kognitív és nyelvi kapacitásának fejlődésében (Feldman, Eidelman és Rotenberg, 2004). Azon anyák gyermekei, akiknek a válaszkészsége alacsonyabb volt a gyermek első életévében történt felmérések során, rosszabbul teljesítettek a kognitív készségeket felmérő teszteken. Az anya válaszkészségének jelentőségét más kutatások is kiemelik (Milgrom, Westley és Gemmill, 2004).

A depresszió mindemellett a csecsemőgondozás több területét is érintheti; befolyásolhatja a szoptatást, altatási szokásokat, a gyermekorvoshoz fordulás gyakoriságát és a csecsemő biztonságát garantáló szokásokat is (Field, 2010). A depressziós és nem depressziós anyák közti interakciós különbség pedig szignifikáns hatást gyakorol a gyermekek kommunikációs készségére, és befolyásolja a külvilág felé mutatott érdeklődésüket is (Sohr-Preston és Scaramella, 2006).

A depressziós anyák módosult válaszkészsége a csecsemő szükségleteire kevésbé szenzitív reakciómodot eredményezhet. A kutatási eredmények szerint (Hornstein és mtsai, 2006), a depressziós anyák jellemzően passzívak, kevésbé reagálnak a gyermek igényeihez igazodva vagy túlzottan rátelepednek gyermekükre. A gyermekkel történő interakció során, kevésbé vonódnak be érzelmileg és több negatív vagy ellentmondásos érzést fejeznek ki. Murray és Cooper (2017) vizsgálata szintén megerősíti, hogy az interakciós nehézségek eredményeképpen, a depressziós anyák vagy visszahúzódóbbakká válnak és inkább saját érzelmi világukra fókuszálnak, vagy túlreagálják csecsemőik jelzéseit és elárasztják őket saját érzéseikkel. A vizsgálat szerint, a depresszió érinti az anyák beszédstílusát is: lassabban beszélnek gyermekükhöz és hiányzik a korábbiakban már említett "dajkabeszéd" is. A depresszió anyai válaszkészségre gyakorolt negatív hatása még kifejezettebb azokban az esetekben, melyekben súlyosabbak a tünetek és hosszabb ideig fennállnak, illetve akkor, ha stresszteljes események is jelen vannak.

A Mannheim Study of Children at Risk (Hohm és mtsai, 2017) keretében végzett vizsgálat 3 hónapos és 2 éves korban, illetve 25 éves korukig rendszeres időközönként mért fel olyan személyeket, akiknek az anyja posztpartum depressziót élt át a születésüket követő időszakban. A vizsgálat kiterjedt a kognitív készségek és a pszichés állapot felmérésére is. Emellett 3 hónapos korban videófelvétel is készült az anya-gyermek interakcióról, melyet erre kiképzett értékelők pontoztak le. A posztpartum depressziót átélő anyák gyermekeinél mind kognitív, mind szociális-emocionális területen szignifikáns mértékű eltérés mutatkozott a pszichésen egészséges anyák gyermekeivel való összehasonlítás során. A negatív hatás hangsúlyosabbnak bizonyult a gyermekkor időszakában. A depressziós anyák csoportján belül is eltérések voltak megfigyelhetőek

a szenzitív reakció módban. Azoknál az anyáknál, akik szenzitívebben reagáltak a gyermekeikkel való interakció során a 3 hónapos korban készített videofelvételek alapján, kevésbé jelentkezett a későbbi fejlődésre gyakorolt negatív hatás. Ugyanez az eredmény megfigyelhető maradt a 19 éves korban történt kognitív fejlődés és externalizáló viselkedés felmérésekor. A vizsgálat eredményei megerősítik a korai anya-gyermek interakciók minőségének a gyermek későbbi fejlődésére gyakorolt hosszú távú hatását. Egyúttal felhívják a figyelmet az anya-gyermek kapcsolat fontosságára a gyermek későbbi fejlődési nehézségeinek prevenciója szempontjából. A depresszióban szenvedő anyák és gyermekeik között kialakuló interakciós problémák univerzálisak, különböző kultúrákban és eltérő társadalmi osztályokban is megjelennek (Parsons és mtsai, 2012).

4.2. Szorongásos tünetek hatásai a peripartum időszakban

4.2.1. Szorongásos tünetek és együttjárásuk a depresszióval

A szorongás leginkább olyan összetett emocionális reakcióként vagy állapotként határozható meg, melyet az intrapszichés vagy a környezetből érkező stressz vált ki és melynek intenzitása és időbeli előfordulása váltakozó (Spielberger, Gorsuch és Lushene, 1970). A szorongással, mint érzelmi állapottal feszültségérzés és az autonóm idegrendszer fokozott aktivitása jár együtt. A szorongás fogalmának tisztázásakor fontos elkülöníteni a szorongásra való hajlamot, mely az egyes személyekre jellemző sajátosságot, és nem a belső vagy külső ingerekre adott reakciót takarja, ez felel meg a vonásszorongásnak. Ezzel szemben állapotszorongásról beszélünk akkor, amikor a szorongás kiváltásában konkrét stimulus vagy szituáció játszik szerepet. Mint azt Beck, Emery és Greenberg (1999) megállapította, a szorongás evolúciós értelemben létfontosságú funkciókkal bír. Zavarrá akkor válik, amikor a szubjektív élmény hatására a veszély valóssága torzul. A szorongáshoz társuló tünetek egy bizonyos pontig adaptívak és csak meghatározott körülmények között okoznak problémát. A szorongásos zavarok esetében nem a szorongás kialakulása a probléma, hanem a veszéllyel kapcsolatos, túlzottan aktív kognitív sémák, amelyek az élményeket a veszély jeleinek értelmezik. A szorongásra hajlamos személyek gyakrabban élnek át szorongásos állapotot, mint mások, akár olyan helyzetekben is, melyek nem stresszkeltőek a legtöbb ember számára.

A szorongásos zavarokra a beteg irracionális félelme jellemző, amelyet egy mások számára lényegtelen, vagy jellegtelen inger vált ki. A szorongás a nyugtalanító érzelmi tünetek - mint a nyugtalanság, az ingerlékenység - mellett jellemző testi reakciókat - bőrpír, verejtékezés, szapora légzés, erős szívdobogásérzés - is mutat. Ha a kóros félelem állandósul, a személy képtelenné válik a normális életvezetésre. Kóros szorongásról, szorongásos zavarról beszélünk azokban az esetekben, melyekben a menekülési reakció túlméretezett vagy indokolatlan. Ezekben az esetekben a szorongás lehet diffúz, generalizált szorongásos zavar esetén. Azokban az esetekben, melyekben tárgyhoz kötődik, a szorongás specifikus formában jelentkezik:

- pánikzavar (testi reakciók)
- agorafóbia
- specifikus fóbia vagy szociális szorongásos zavar (konkrét tárgy vagy szociális helyzet váltja ki)
- szeparációs szorongásos zavar.

A szorongásos zavarok élettartam prevalenciája 13.6% és 28.8% közé tehető a nyugati kultúrákban (Michael, Ulrike és Margraf, 2007).

A depresszió és szorongás együtt járása különösen jellemző; a depressziós betegek 85%-ánál jelenik meg szorongásos tünet is (Gorman, 1997). Több tanulmány is rámutatott arra, hogy a szorongás a későbbi major depresszió rizikó faktorának számít, ezáltal is jelezve a két mentális zavar közötti szoros kapcsolatot (Kovacs, 1996; Ross és mtsai, 2003). A magas komorbiditás ellenére a két zavar különböző tünettannal és etiológiával rendelkezik, ezért jelenleg különálló kórképként kezeli a szakirodalom. Mindemellett a szorongásos zavarok klasszifikációs rendszerekben elfoglalt pozíciójának képlékenysége hívja fel a figyelmet az a tény is, hogy a DSM-5 (APA, 2013) összeállítása során még egy olyan munkahipotézis is felmerült, amiben azt javasolták, hogy a szorongásos zavarokat és a hangulatzavarokat össze kellene vonni (az új csoport neve internalizing disorders lett volna) (Faludi, Gonda és Döme, 2015). A szorongásos és hangulatzavarok összevonását többek között a két csoportot jól ismert módon átfedő tünetek is indokolták volna. Egyes szerzők (Moss és mtsai, 2009) javaslata szerint a két zavart egy szélesebb spektrum különböző pontjain elhelyezkedő különálló entitásként

érdekes kezelni, melyek között időbeli összefüggés áll fenn: a kezdeti szorongás depresszióba fordulhat át a kezelés hiányában. Moss és munkatársai (2009) vizsgálatukban azt találták, hogy a peripartum időszakban különböző időpontokban mért depresszív tünetek minden esetben előre jelezték a későbbi depressziót, azonban a későbbi szorongásos állapotot nem. A szorongásos tünetek ugyanakkor mind a későbbi szorongásos állapotokat, mind a depresszív állapotot megbízhatóan előre jelezték.

4.2.2. Szorongásos tünetek jelentősége a peripartum időszakban

Az utóbbi években folytatott kutatási eredmények azt mutatják, hogy a depressziós tüneteken kívül, szorongásos tünetek is gyakran megjelennek a peripartum időszakban. Mindemellett a posztpartum szorongásos zavarokat a nozológiai rendszerek nem kezelik külön diagnosztikus egységként, és magas előfordulási arányuk ellenére, szűrésük sem megoldott (Muzik és mtsai, 2000). A várandósság időszakában előforduló fizikai, fiziológiai és pszichés változások potenciálisan fokozzák a nők sérülékenységet és növelik a szorongás előfordulásának valószínűségét (Wenzel, 2011; Yuksel, Akin és Durna, 2014). Heron vizsgálatában (2004) a szorongás 27%-os előfordulási arányát jelezte ebben az időszakban. Ez a magas előfordulási ráta meghaladja a depresszió prevalenciáját, jelezve a szorongásos tünetekre való odafigyelés fontosságát. A várandósság időszakában alapvetően jellemző lehet a nőkre az aggodásra való hajlam fokozódása; különös tekintettel a születendő gyermek egészségével, a gyermekgondozással és az anyává válással kapcsolatban. Ez azt is okozhatja, hogy a terhesgondozásban résztvevő orvosok, szülésznők vagy védőnők kevésbé tulajdonítanak jelentőséget a várandósság során felmerülő szorongásos tüneteknek, ahogy ezt Simpson és munkatársai (2014) peripartum időszakban végzett vizsgálata is jelzi, és egyúttal felhívja a figyelmet a peripartum időszakban jelentkező szorongás mérésének fontosságára.

Egy posztpartum időszakot vizsgáló kutatás (Hendrick és mtsai, 2007) azt találta, hogy a posztpartum depresszióban szenvedő nők hajlamosabbak voltak szorongásos tüneteket is mutatni, mint az ezen az időszakon kívül major depressziós epizódot átélő nők. Ráadásul a szorongásos tünetekkel járó depresszió súlyosabbnak is bizonyult, mint a szorongásos

tünetekkel nem járó hangulatzavar. Faisal-Cury és Rossi Menezes (2007) vizsgálatukban várandósok körében mérték fel a depresszív tünetek és a szorongásos tünetek előfordulását és rizikófaktoraikat. Eredményeik szerint, szignifikánsan nagyobb mértékben fordult elő perinatális szorongás (59,5%) a vizsgált nők körében, mint perinatális depresszió (19,6%). A rizikófaktorok mind a depresszió, mind a szorongás esetében azonos szocio-demográfiai tényezők voltak. Egy másik kutatás (Nasreen és mtsai, 2011) a várandós nők 29,4%-át találta szorongónak és 18,3%-ukat depressziósnek, míg csak 3,4%-uk esetében fordult elő komorbiditás.

A perinatális szorongás és depresszió kapcsolatával foglalkozó irodalmi áttekintés (Robertson és mtsai, 2004) azt a következtetést vonja le, hogy a terhesség alatt megjelenő szorongás, a posztpartum depresszió egyik legfontosabb előrejelzője és erre számos, a perinatális időszakot vizsgáló tanulmány is rámutatott (Ross és mtsai, 2003; Sutter-Dallay és mtsai, 2004; Enatescu és mtsai, 2014). A szorongásos tünetek fontosságára hívta fel a figyelmet Ross és munkatársai (2003) vizsgálata, melyben 150 várandós nő tüneteit mérték fel az EPDS (Edinburgh Posztnatális Depresszió Skála; Cox és mtsai, 1987) használatával a 36. terhességi héten, majd a szülést követő 6. és 16. héten. Az EPDS kérdőívet szorongásos és depressziós alsókálákra bontva, arra a következtetésre jutottak, hogy a szorongásos tünetek konzisztensen együtt mozognak az EPDS összpontszámmal. Sutter-Dallay és munkatársai (2004) kutatásukban azt vizsgálták, hogy a várandósság időszakában fennálló szorongásos zavar meglelte önmagában befolyásolja-e a PPD megjelenését. 497 résztvevő személy esetében - a terhesség 3. trimeszterében felvett strukturált diagnosztikus interjú alapján - 24,1%-nál állt fenn szorongásos zavar, és ezeknél a személyeknél háromszor nagyobb eséllyel alakult ki depresszió a posztpartum időszakban (OR = 2.7, 95% CI, 1.1-6.3, p=0.03), melyet az EPDS felvételével mértek fel. Enatescu és munkatársai (2014) 80 fős mintán végzett vizsgálatukban külön vizsgálták a vonás- és az állapotszorongás PPD-re gyakorolt hatását 6-8 héttel a szülést követően. Az állapotszorongást a Beck Szorongás Kérdőívvel (Beck és Steer, 1993) és a vonásszorongást a Karolinska Szorongás Kérdőívvel (Ortet és mtsai, 2002) mérték fel. Mindkét szorongásskála eredménye szignifikáns mértékben korrelált az EPDS-sel mért depresszióval. Mindezek alapján, több tanulmány is hangsúlyozza a terhességi szorongás felmérésének fontosságát (Glover, 2014; Huizink és mtsai, 2016). Mindemellett

Goodman, Chenausky és Freeman (2014) a témával foglalkozó szakirodalmi áttekintésükben megjegyzik, hogy a várandósság időszakában előforduló szorongásos zavarokkal foglalkozó vizsgálatok gyakran kisszámú mintán végzett és retrospektív adatokon alapuló eredményekből vonják le következtetéseiket.

A szorongás anya-gyermek kapcsolatra gyakorolt hatása kevésbé áll a kutatási szakirodalom fókuszában. Egy korábbi vizsgálat (Manassis és mtsai, 1994) ugyan rámutatott a kóros anyai szorongás kötődésre gyakorolt káros hatására, a kutatások nagy része azonban inkább a posztpartum depresszió korai anya-gyermek kapcsolatra gyakorolt hatásával foglalkozik. Brockington (2004) kiemeli, hogy a kóros szorongás jelentősen rontja az anya életminőségét, pszichés jóllétét, emellett számos kedvezőtlen hatással bír az anya-gyermek kapcsolatra, valamint a házastársi/partneri viszonyra és a családi rendszer egyensúlyára is. Összeségében a fent említett kutatási eredmények megerősítik a szorongásos állapotok peripartum időszakban való felismerésének jelentőségét, a későbbi zavarok megelőzése szempontjából.

4.3. Depressziós tünetek hatása az észlelésre

4.3.1. A depresszió és az észlelés összefüggése

Az észlelés során a tárgyak, jelenségek érzékelt jellemzőinek értelmezési folyamata zajlik. Az észlelés segítségével a szervezet információt emel ki a környezetéből, amit az emlékezet és tanulás segítségével tárol, hogy egy új helyzetben ismét felhasználja azt. Amit észlelünk az nem csupán a valóság múltó lenyomata, hanem aktív konstrukciója, melyre hatást gyakorol az adott személy kognitív tapasztalata, elvárásai és mentális állapota is.

Számos az utóbbi években végzett vizsgálat eredménye is alátámasztja, hogy a depresszió hatást gyakorol az észlelés különböző területeire (Gotlib és Joormann, 2010, Kornbrot, 2013), melyek közül az egyik az anya gyermekéről alkotott képe. A depresszió csökkentette a vizsgált személyek olfaktoros szenzitivitását az egyik kutatásban (Schablitzky és Pause, 2014). Egy másik vizsgálatban az auditoros észlelésre gyakorolt

hatását mutatták ki a kutatók (Riskind, 2014). Szintén kimutatható volt a depresszió ízérzékelésre gyakorolt negatív hatása (Platte, 2013). Egy az idő érzékelésére vonatkozó vizsgálat szerint, a depressziós személyek pontosabban tudták megbecsülni az időt, mint az egészséges kontroll csoport tagjai (Kornbrot, Mstefi és Grimwood, 2013). A fájdalom érzékelésével foglalkozó meta-analízis (Thompson és mtsai, 2016) arra a következtetésre jutott, hogy depresszió esetén – ha csak kis mértékben is –, de csökken a fájdalom intenzitásának érzékelése, vagyis eltérhet a fájdalom feldolgozásának folyamata.

A depresszió számos különböző agyi régióhoz köthető kognitív feladat végrehajtásának deficitjével való együttjárására már a korai szakirodalom is rámutatott. A depresszió kognitív megközelítése szerint a depressziós egyének tünetei hátterében a saját magukról, környezetükről és a jövőjükéről alkotott negatív elképzelések állhatnak (Beck, 1967). Ezt az elképzelést az utóbbi években végzett kutatások is alátámasztották (Punkanen, Eerola, és Erkkila, 2011). Depressziós személyek önkéntelenül is hosszabb időt töltöttek a negatív információk feldolgozásával (Siegle és mtsai, 2002), és az egészséges kontroll személyekhez képest több negatív szóra emlékeztek, mint pozitívra egy memóriavizsgálatban (Joormann, 2004). Mindemellett már az 1970-es években több kutató is olyan eredményeket talált, melyek szerint a depressziós személyek realisabb képet alkotnak saját magukról és környezetüket is pontosabban észlelik, míg az egészséges személyek pozitív irányban torzítva észlelik saját magukat és környezetüket (Alloy és Abramson, 1988; Taylor és Brown, 1988). Ezt a jelenséget nevezi a szakirodalom depresszív realizmusnak. A depresszív realizmus jelenségével foglalkozó összefoglaló tanulmány (Moore és Fresco, 2012), mely 75, a jelenséget vizsgáló kutatás eredményét foglalja össze, szintén azt a következtetést vonta le, hogy az észlelés megváltozhat a depresszió hatására, ugyanakkor ez a hatás viszonylag kicsi maradt a vizsgált kutatásokban (Cohen's $d = -0.07$).

A hangulatzavarok tünetei különböző közvetítő mechanizmusokon keresztül gyakorolhatnak hatást az interperszonális kapcsolatokra is, melyek közül az észlelés az egyik közvetítő faktor. Erre egy a közelmúltban végzett szakirodalmi áttekintés (Gadassi és Rafaeli, 2015) is rámutat, támogatva azt a hipotézist, hogy az interperszonális

kapcsolatok észlelése közvetítő szerepet tölthet be a depresszió és a kapcsolati nehézségek között.

4.3.2. Az anyai depresszió és a csecsemőről alkotott kép összefüggései

Az anya gyermekéről alkotott képe meghatározó szerepet tölt be az anya válaszkészségében, vagyis az anyai szenzitivitásban, mely a gyermeki kötődés biztonságának egyik alapvető meghatározó tényezője (Ainsworth, 1979). Ainsworth (1969) úgy határozta meg az anyai szenzitivitást, mint egy olyan képességet, amely lehetővé teszi, hogy az anya helyesen észlelje és értelmezze gyermeke viselkedését. Meins nevéhez fűződik az elme-tudatosság (mind-mindedness) fogalmának bevezetése, melynek lényege, hogy a szülő nem csak gyermeke testi igényeire figyel, hanem helyesen értelmezi a viselkedése és közlendője mögötti szándékokat, vágyakat, érzelmeket, döntéseket (Meins és mtsai, 2012). Meins vizsgálatai azt igazolták, hogy az anya elmeolvasó képessége függ legerősebben össze a biztonságos kötődés kialakulásával. A szenzitivitás alakulásában fontos szerepe van az anya saját mentális állapotának, hiszen ez befolyásolhatja a gyermek által kifejezett érzelmek adekvát értelmezését.

A depresszió hatására módosult észlelési mechanizmus befolyást gyakorolhat az anya csecsemőről és viselkedéséről alkotott képére. A csecsemőről alkotott benyomások pedig hatást gyakorolnak az anyai viselkedésre, ezáltal fontos közvetítő faktorként szerepelhetnek a depresszió anya-gyermek kapcsolatra és ezen keresztül a gyermek későbbi fejlődésére gyakorolt hatásában.

A folyamatot az alábbi ábra szemlélteti (1. ábra):



1. ábra A PPD következtében módosult anyai észlelés hatása a gyermek későbbi fejlődésére

Korábbi kutatások már foglalkoztak az anyai depresszióval és szorongással, a gyermek viselkedésének észlelésére gyakorolt hatásával (Najman és mtsai, 2001). A vizsgálatban a gyermek saját viselkedését jellemezte és ez került összehasonlításra az anya által észlelt viselkedéssel. A kutatási eredmények alapján, minél több érzelmi problémával küzdött az anya, annál több viselkedési problémát észlelt a gyermekénél. A szerzők kiemelik, hogy az észlelésben megjelenő eltérés hátterében nemcsak a depressziós tünetek, hanem a szorongásos tünetek is állhatnak, melyek hatása a magas komorbiditás miatt nehezen különíthető el. Egy másik kutatás (Hornstein és mtsai, 2006) a posztpartum időszakban előforduló pszichiátriai zavarok anya-gyermek kapcsolatra gyakorolt hatását vizsgálja. A kutatási eredmények szerint a depressziós anyák negatívabbnak észlelik a gyermekükkel kialakított saját kötődési kapcsolatukat, mint a pszichotikus anyák.

Egy a depressziós anyák gyermekükre vonatkozó észlelésével foglalkozó vizsgálat (McGrath, Records és Rice, 2008) eredménye szerint a perinatális időszakban, a depressziós anyák gyermekük temperamentumának megítélésekor szignifikáns mértékben több nehézségről számoltak be, mint a nem depressziós anyák. Több a peripartum időszakban végzett korábbi kutatás (Rogosch, Cicchetti és Toth, 2004; Robbins Broth és mtsai, 2004) rámutatott arra, hogy a depressziós anyák gyermekükről alkotott képe kevésbé pozitív a nem depressziós anyákéval összehasonlítva. Egy a közelmúltban végzett kutatás (Lee és Hans, 2015) fókuszában a terhesség alatti depresszió állt, ennek szerepét vizsgálták meg a gyermekek későbbi viselkedési nehézségeiről és az anya-gyermek kapcsolatról alkotott anyai percepcióban. A perinatális időszakban depressziós anyák, - mind a várandósság idején felmért várakozásaik szerint, mind a szülést követő két évben felmért tapasztalataik alapján - szignifikánsan nagyobb mértékben jeleztek viselkedési nehézséget és interakciós problémákat gyermekükkel kapcsolatban, mint a nem depressziós anyák. A kutatás eredménye szerint, a perinatális depresszió önmagában befolyást gyakorolt a gyermek viselkedéséről alkotott későbbi percepcióra, még akkor is, ha a posztpartum depresszió hatását kontroll alatt tartották a vizsgálatban. A perinatális depresszió későbbi anyai percepcióra gyakorolt hatásából levonható az a következtetés, hogy az anya mentális modellje a szülés előtti időszakban már kialakul és hatást gyakorol az észlelésre a gyermek valós viselkedésétől függetlenül.

J. M. Oates, a MORS kérdőív kidolgozójának elképzelése szerint (Danis és mtsai, 2012), az anya gyermekről alkotott percepciója két különálló részből áll: az egyik a gyermek viselkedésének objektív, megfigyelhető jellegzetességeit tartalmazza, a másik mindennek a szubjektív, észlelt vonatkozásaiból épül fel, melyeket alapvetően az anya belső mentális modellje határoz meg. Az anyai percepció részben a gyermek viselkedésén alapul, de befolyásolják az anya elvárásai és félelmei, valamint azok az érzelmek, amelyeket a gyermek gondozása, a gyermekkel kapcsolatos tapasztalatok váltanak ki belőle. Mindezek alapján, az anya gondolatokat és érzéseket tulajdonít gyermekének, és ezek visszahatnak saját viselkedésére. Annak az anyának, aki úgy érzi, hogy a kisbabája nem mutat iránta pozitív érzelmeket vagy uralkodik rajta, valószínűleg nehézséget jelent a csecsemővel való kölcsönösen kielégítő kapcsolat kialakítása.

A mentális modellek időben viszonylag tartósak maradnak, mivel számos korábbi tapasztalat alapján alakultak ki és az egyén élete során meghatározzák a mások viselkedésére vonatkozó elvárásokat (Simkiss és mtsai, 2013).

4.4. Társas támogatás, mint protektív faktor

A társas támogatás definíciójára különböző változatok léteznek a szakirodalomban, abban azonban konszenzus van a kutatók között, hogy a szociális támogatás megvalósulása mindenképp interperszonális kapcsolatok kialakulásával jár. A társas támogatás jelentős szerepet játszik az egyén önértékelésének és érzelmi támogatásának megvalósulásában és fenntartásában (Callaghan és Morrissey, 1993). A társas támogatás három fő dimenzióra osztható: az érzelmi támogatásra (beszélgetés, bátorítás), az instrumentális támogatásra (eszközök, anyagi javak, idő) és információs támogatásra (tanácsadás, tudás megosztás) (Corrigan, Kwasky és Groh 2015). Az erre vonatkozó kutatások általában összességében mérik fel és számszerűsítik a társas támogatás mértékét.

A társas támogatás mint megküzdési stratégia már az 1970-es évek közepétől foglalkoztatta a pszichológusokat, hiszen segítséget tud nyújtani a nehézségekkel való megbirkózás során, különösen a kiemelkedően stresszes életeseményekkel való megküzdésben (Zimet, 1988). A stressz-elméletek a társas támaszt olyan megküzdési mechanizmusként határozzák meg, amely a stresszorok negatív hatását csökkenti. Az egyén számára azonban a legfontosabb az észlelt társas támogatás, és ez az a tényező,

mely szignifikáns mértékben csökkenti a depresszió esélyének kialakulását is (Lin, 1986). A depresszív tünetek negatív kapcsolatot mutatnak az észlelt baráti támogatás változásával: tehát minél erősebbnek ítéli meg valaki a barátaival felől érkező támogatást, annál kisebb arányban számol be depresszív tünetekről (Zimet, 1988).

A társas támogatás fontosságát az is jelzi, hogy hiánya a posztpartum depresszió rizikó faktorai közé tartozik (Robertson, 2004). A PPD-val foglalkozó számos korábbi vizsgálat foglalkozott már a társas támogatásra alapuló intervenciók preventív, illetve terápiás hatásával. A korai anya-gyermek kapcsolat alakulásában a segítő, támogató tényezők módosíthatják az anyai pszichopatológia hatásait. A kutatási eredmények szerint azok az anyák, akik társas támogatást kaptak már a várandósságuk ideje alatt vagy a szülést követő időszakban, szignifikánsan kisebb mértékben mutattak depressziós tüneteket a posztpartum időszakban (Kim, 2008). Több a peripartum időszakban végzett longitudinális vizsgálat vezetett hasonló eredményre (Corrigan, 2005; Morikawa és mtsai, 2015). Egy közelmúltban publikált kutatási eredmény (Ohara és mtsai, 2017) rámutatott arra, hogy a várandósság ideje alatt felmért társas támogatás és az annak mértékével való elégedettség nemcsak a PPD előfordulási arányát csökkenti, de hozzájárul az anyák gyermekük iránt érzett kötődési kapcsolatának sikerességéhez.

Kvalitatív kutatási eredmények szerint (Letourneau és mtsai, 2007) - a PPD megelőzése szempontjából – kevésbé volt fontos a partner részéről érkező támogatás, inkább a szülők részéről érkező támogatás bizonyult hatékonynak. Ennek hátterében az állhat a kutatás szerint, hogy a szülők által nyújtott támogatás inkább kielégíti az anyák gyermekgondozáshoz kapcsolódó igényeit, mint a partner által nyújtott támogatás. Egy a témából készült összefoglaló szakirodalmi áttekintés (Leger és Letourneau, 2015) szerint a leghatékonyabb intervenciók módszer a kétszemélyes helyzetben nyújtott támogatás volt, egy olyan személy részéről, aki tisztában volt a PPD sajátosságaival. Mindehhez azonban elengedhetetlen, hogy az anyák képesek legyenek mobilizálni a rendelkezésükre álló kapcsolati lehetőségeket.

Egy kvalitatív vizsgálat (Negron és mtsai, 2013) rámutatott arra, hogy számos anya úgy érzi, negatív hatást válthat ki másokból, ha panaszkodik vagy segítséget kér, hiszen úgy

tűnhet, hogy nem képes ellátni anyai feladatait, nem „elég jó anya”. A vizsgálat szerint a másokhoz való odafordulást, a támogatás keresését leginkább a bírálattól való félelem, az észlelt kritika vagy a függetlenség látszatának fenntartása gátolja a posztpartum időszakban. Mindezek alapján, hangsúlyossá válik az egészségügyi személyzet kezdeményező szerepének jelentősége mind az anyák problémáinak feltárásában, mind a szociális támogatás elősegítésében.

5. Célkitűzések

A kutatás két részre bontható; az első részben a várandósság alatt megjelenő klinikai szintű depresszió és szorongás összefüggését vizsgáltam a klinikai szintű posztpartum depresszió kialakulásával. A második részben a posztpartum időszakban megjelenő klinikai szintű depresszió és szorongás anyai észleléssel való összefüggésére fókuszáltam, emellett külön megvizsgálva az észlelt társas támogatás protektív szerepét.

1. Prenatális depresszív és szorongásos tünetek összefüggésének vizsgálata a posztpartum depresszió kialakulásával:
 - 1.1. Prenatális depresszív és szorongásos tünetek összefüggése a posztpartum depresszióval
 - 1.2. Prenatális állapotszorongás és vonásszorongás összefüggése a posztpartum depresszióval
 - 1.3. Prenatális időszakban depressziós és szorongásos tüneteket mérő eszközök posztpartum depressziót előrejelző hatékonyságának összehasonlítása
2. Posztpartum depresszív és szorongásos tünetek összefüggésének vizsgálata az anya gyermekéről történő észlelésével és az észlelt társas támogatás erre gyakorolt hatása:
 - 2.1. Posztpartum depresszió összefüggése az anyai észleléssel
 - 2.2. Posztpartum időszakban megjelenő szorongásos tünetek összefüggése az anyai észleléssel
 - 2.3. Észlelt társas támogatás anyai észleléssel való összefüggésének vizsgálata a posztpartum depressziós és nem depressziós csoportban

A fentiekben megfogalmazott célok alapján az alábbi hipotéziseket állítottam fel:

1. kutatás:

- 1.1. A prenatális depresszív és szorongásos tünetek növelik a posztpartum depresszió előfordulási valószínűségét.
- 1.2. A prenatális állapotszorongás és vonásszorongás szintén növeli a posztpartum depresszió előfordulási valószínűségét.
- 1.3. A prenatális időszakban hangulati és szorongásos tüneteket mérő eszközök eltérnek a posztpartum depressziót előrejelző hatékonyságukban.

2. kutatás:

- 2.1. A posztpartum depresszió befolyást gyakorol az anyai észlelésre: kevésbé pozitív lesz az anya gyermekéről alkotott képe és dominánsabbnak ítéli meg gyermeke viselkedését.
- 2.2. A posztpartum időszakban megjelenő szorongásos tünetek a depresszió hatásához hasonlóan negatív irányba módosítják az anya gyermekéről és annak viselkedéséről alkotott képét.
- 2.3. Az anya által észlelt társas támogatás csökkenti a depresszió észlelésre gyakorolt negatív hatását.

6. Módszerek

6.1. Mintavétel és minta bemutatása

Vizsgálataim egy utánkövetéses kutatás részét képezik, melynek fókuszában az egészséges és kóros terhességek és szülések után fellépő pszichés zavarok gyakoriságának és életminőségre gyakorolt hatásának komplex vizsgálata áll.

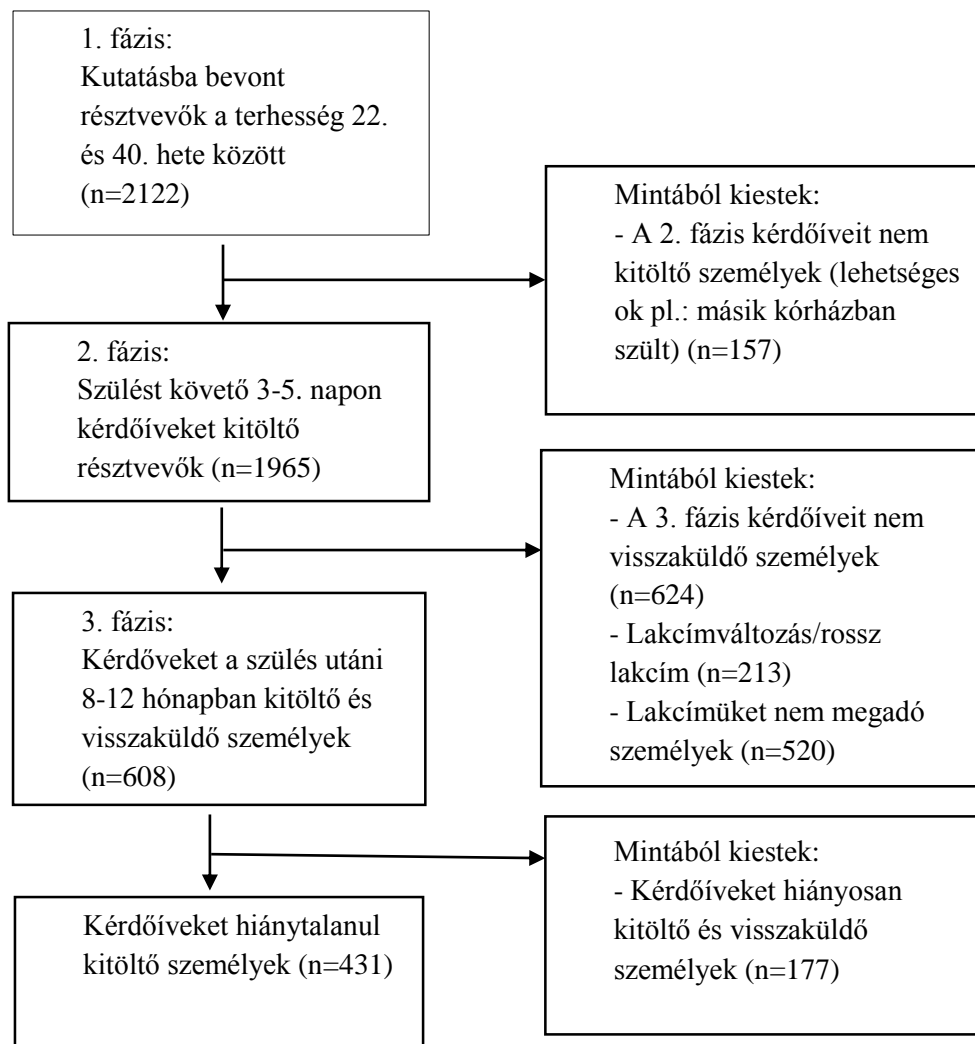
Az utánkövetéses kutatás céljai között szerepel:

- a klinikai szintű depresszió és szorongás tüneteinek felmérése az utánkövetéses vizsgálat során, mely lehetővé teszi a fenti mentális problémák hosszmetsetben történő vizsgálatát
- a klinikai szintű depresszió és szorongás jelenlétének felmérése a terhesség harmadik trimeszterében, valamint ezek kapcsolatának vizsgálata a patológiás terhességekkel
- a fent említett mentális problémák a várandósok életminőségére gyakorolt hatásának vizsgálata
- a klinikai szintű depresszió és szorongás jelenlétének felmérése közvetlenül a szülés után szövődmenymentes és patológiás terhességet követően
- a klinikai szintű depresszió és szorongás jelenlétének felmérése a szülést követő 8-12 hónapban, a kismamák életminőségére gyakorolt hatásuk vizsgálata
- a klinikai szintű depresszió és szorongás és az anya-csecsemő kapcsolat összefüggésének vizsgálata.

A kutatás az Orvos Világszövetség Helsinkai Deklarációjában és annak 2000-ben történt módosításában kifejtett alapelvekkel összhangban került kialakításra. Az etikai engedély a Semmelweis Egyetem Regionális, Intézményi Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága által került kiadásra 88/2012 számon. A vizsgálatban résztvevők beleegyezési nyilatkozat aláírásával hozzájárulásukat adták a kutatásban való részvételükhöz.

A vizsgálati személyek beválogatása, tájékoztatása és vizsgálata a Semmelweis Egyetem I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán, kérdőíves módszerrel történt. A kutatásba összesen 2122 vizsgálati személy került bevonásra 2012. szeptember és 2015. május közötti időszakban. A vizsgálati személyek felmérése három különböző fázisban történt:

először a terhesség 22. és 40. hete között, másodszor a szülést követő 3-5. napon, harmadszor a szülés utáni 8-12. hónapban (2. ábra). A kutatás harmadik fázisában postai úton küldtük ki a résztvevőknek a kérdőíveket, előre megcímezett válaszborítékkal. A szülést követő harmadik felmérési szakasz időzítését az indokolta, hogy a hosszabb időn keresztül fennálló, súlyosabb PPD esetek leginkább ebben az időszakban érhetőek tetten. Emellett több kutatás is rámutatott arra, hogy a pszichológiai stressz mértéke folyamatosan nő a szülést követő évben (Ross és mtsai, 2003; Aasheim és mtsai, 2012). A résztvevő várandós nőket a klinikán dolgozó orvosok és szülésznők vonták be a kutatásba, a vizsgálat ismertetését követően, beleegyezési nyilatkozat aláírásával és az önkitöltős kérdőívek átadásával.



2. ábra Kutatási fázisok és a vizsgált minta számának alakulása

6.1.1. Az 1. minta bemutatása

Vizsgálataimat két különböző mintán végeztem. A dolgozatomban bemutatott első kutatásban szereplő minta 476 résztvevőből állt. Azok kerültek be a vizsgálati mintába, akik maradéktalanul kitöltötték az 1. kutatásban vizsgált kérdőíveket mind a kutatás első fázisában (terhesség harmadik trimeszterében), mind a harmadik fázisban (szülést követő 8-12 hónapban) (2. táblázat).

2. táblázat 1. vizsgált minta szocio-demográfiai adatai (n = 476)

Életkor (év) átlag és szórás	33.1± 4.8
Családi állapot:	
Házass	73.4%
Élettársi kapcsolatban áll	21.1%
Egyedülálló	2.8 %
Elvált	2.7%
Lakhely:	
Főváros	52%
Nagyváros	6%
Egyéb	42%
Született gyermek száma:	
Első	53%
Második	32%
Harmadik	11%
Több, mint harmadik	4%
Terhesség hossza (hét) átlag és szórás	38.4 ± 3.9

6.1.2. A 2. minta bemutatása

A második bemutatott vizsgálatban, az összes résztvevő közül 431 személy töltötte ki maradéktalanul és küldte vissza az ebben a vizsgálatban felhasznált kérdőíveket a szülést követő 8-12 hónapban (posztpartum időszakban) (3. táblázat).

3. táblázat 2. vizsgált minta szocio-demográfiai adatai (n = 431)

Életkor (év) átlag és szórás	32.68±4.87
Családi állapot:	
Házass	72%
Élettársi kapcsolatban áll	22%
Egyedülálló	5%
Elvált	1%
Lakhely:	
Főváros	38%
Nagyváros	10%
Egyéb	52%
Született gyermek száma:	
Első	51%
Második	32%
Harmadik	13%
Több, mint harmadik	4%
Terhesség hossza (hét) átlag és szórás	38.11±1.53

6.2. Alkalmazott mérőeszközök bemutatása

A kutatásban használt kérdőívek részben hazánkban validáltak, nemzetközi standardokkal rendelkeznek, részben általunk, megfelelő szakmai szempontok figyelembevétele alapján kerültek összeállításra.

6.2.1. Az 1. vizsgálatban felhasznált mérőeszközök:

- ***Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS*** (Cox, Holden és Sagovsky, 1987; Töreki és mtsai, 2013) – Edinburgh Posztnatális Depresszió Skála (1. melléklet)

Az EPDS kifejezetten posztpartum depresszió mérésére került kifejlesztésre. 10 tételből álló önkitöltős kérdőív, melyben a válaszadó a teszt kitöltését megelőző héten előforduló tüneteit értékeli. Az elérhető minimum pontszám 0, a maximum 30. A 13 vagy annál magasabb pontszámot elért személyeknél 79%-os szenzitivitással és 85%-os specifitással megállapítható a klinikai szintű depresszió meglétének valószínűsége (Cox és mtsai, 1996). Az 1. vizsgálatban a kutatás első fázisában (terhesség harmadik trimeszterében) felvett és a harmadik fázisában (szülés után 8-12 hónap között) felvett EPDS eredmények kerültek kiértékelésre.

- ***State Trait Anxiety Inventory - STAI*** (Spielberger, Gorsuch és Lushene, 1970; Sipos és Sipos, 1983) – Állapot- és vonásszorongást felmérő kérdőív (2. melléklet)

A 40 tételből álló önkitöltős kérdőív két alskálára bontható (20-20 tétel), melyből az egyik a vizsgált személy aktuális szorongását méri (állapotszorongás). A kérdőívben szereplő állítások arra vonatkoznak, hogy a kitöltő a kitöltés pillanatában hogyan érzi magát. A kérdések felmérik a válaszadó szubjektív félelmét, feszültségét, idegességét és autonóm idegrendszeri tüneteit. A vonásszorongást vizsgáló alskála a tesztet kitöltő személy szorongásra való

általános hajlamát méri fel, mely egy viszonylag stabil jellemző. Az 1. vizsgálatban a kutatás első fázisában (terhesség harmadik trimeszterében) felvett STAI eredmények kerültek kiértékelésre. A STAI kérdőívben elérhető minimum pontszám 20, a maximum 80. A magasabb pontszám magasabb szintű szorongást jelent. Egy a témára vonatkozó szakirodalmi áttekintés 40 pontot határoz meg a patológiás szorongás elkülönítésére (Julian, 2011).

A teszt belső konzisztenciájára vonatkozó mutatók 0,86 és 0,95 között helyezkednek el, a teszt-reteszt reliabilitásra vonatkozó mutatók 0,65 és 0,75 közé esnek, két hónapos intervallumra felmérve (Spielberger és mtsai, 1983).

- A szocio-demográfiai háttér, az aktuális terhesség és a szülés jellemzőinek felmérésére egy külön kérdőívet állítottunk össze, melyet szintén minden vizsgálati fázisban kitöltöttek a kutatásban résztvevő személyek. A kérdőívben feltüntetett kérdések egyrészt a válaszadó demográfiai adataira vonatkoztak (kor, családi állapot, lakóhely), másrészt a mérés első fázisában a terhességével kapcsolatos információk összegyűjtését célozták meg (hányadik terhesség, teherbeesés módja, hízás, terhesség alatt előforduló betegségek, mint pl. toxémia, cukorbetegség). Emellett külön kérdések fókuszáltak a vizsgált személy terhességét megelőzően vagy korábbi terhessége idején (vetélés, koraszülés) előforduló testi és mentális problémáinak felmérésére. Az 1. vizsgálatban a kutatás első fázisában (terhesség harmadik trimeszterében) felvett demográfiai adatok kerültek kiértékelésre.

6.2.2. A 2. vizsgálatban felhasznált mérőeszközök:

- ***Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS*** (Cox, Holden és Sagovsky 1987; Tőreki és mtsai, 2013)

Az 2. vizsgálatban a kutatás harmadik (szülés után 8-12 hónap között) fázisában felvett EPDS eredmények kerültek kiértékelésre.

- ***State Trait Anxiety Inventory - STAI*** (Spielberger, Gorsuch és Lushene, 1970; Sipos és Sipos, 1983)

A 2. vizsgálatban a kutatás harmadik fázisában (szülés után 8-12 hónap között) felvett STAI eredmények kerültek kiértékelésre.

- ***Mothers' Object Relations Scale – MORS-SF*** (Oates, Gervai és Danis, 2004; Danis és mtsai, 2012) – „Az én gyermekem” kérdőív (3. melléklet)

A kérdőív a szülői percepció által ragadja meg a gyermek jellemzőit, így a szülő gyermekéről és kapcsolatukról alkotott mentális reprezentációjáról nyerhetünk információt. A 14 tételből álló kérdőív a csecsemő érzelmeinek és viselkedésének az anya által észlelt és értelmezett jellemzőit méri két skálán, melyek a gyermek pozitív érzelmei és a gyermek dominanciája. A pontszámok minden állításnál 0-tól (soha) 5-ig (mindig) terjednek. A minimum elérhető pontszám 0, a maximum 70. A skálák értéke a hozzájuk tartozó állítások pontszámainak összege. A pozitív érzelem skála azt méri, hogy az anya mennyire érez maga felé irányuló melegséget, szeretetet gyermeke részéről. A dominancia skála azt méri, hogy az anya mennyire érzi tehernek, nyomasztónak a gyermek jelenlétét, igényeinek kiszolgálását (4. táblázat).

4. táblázat MORS-SF skálákhoz tartozó állítások

A gyermek pozitív érzelmei	Pontszám	A gyermek dominanciája	Pontszám
1. mosolyog rám 3. szeret velem játszani 4. “beszél” hozzám 6. szeret engem 8. nevet 11. szeret örömet szerezni nekem 13. kedves velem		2. felbosszant engem 5. idegesít 7. túl sok figyelmet igényel 9. rosszkedvű 10. uralkodik rajtam 12. ok nélkül sír 14. kihoz a sodromból	
Pozitív érzelem összpontszám		Dominancia összpontszám	

Alacsony pozitív érzelem pontszám magas dominancia pontszámmal párosulva arra utal, hogy az anya-csecsemő kapcsolat optimális fejlődése veszélyben van. A skála prediktív validitása és belső konzisztenciája megerősítésre került egy újabb vizsgálatban is (Simkiss és mtsai, 2013). Azáltal, hogy a kérdőívben szereplő kérdések a gyermek viselkedésének jellemzésére vonatkoznak, kevésbé nagymértékű az önkitöltős módszereknél előforduló torzítás, melyet az elvárásoknak való megfelelés okoz (Simkiss és mtsai, 2013). A kérdőív a kutatás harmadik fázisában (szülés után 8-12 hónap között) került felvételre.

- **Multidimensional Scale of Perceived Social Support - MSPSS** (Zimet és mtsai, 1988)- Észlelt Társas Támogatást mérő multidimenzionális skála (4. melléklet)

A kérdőív 12 tételből áll. A kérdések három különböző forrásból érkező észlelt társas támogatási szintet mérnek fel: a családtól, a baráti körtől és a vizsgált személy számára, más jelentős személyektől (pl. házi orvos, házi gyermekorvos, védőnő) érkező támogatásra vonatkoznak. A tételeket hétfokú Likert-skálán kell értékelnie a kitöltő személynek. Minél magasabb pontszámot ér el az adott forrásra vonatkozó csoportban, annál nagyobb mértékű támogatást észlel az adott forrás részéről. A teszt belső konzisztenciájára és teszt-reteszt reliabilitására vonatkozó pszichometriai mutatók magasak (0.81 és 0.98 Cronbach's alpha

közötti eredményt mutatnak nem-klinikai mintákban és 0.92 és 0.94 közötti eredményt klinikai mintákban) (Clara és mtsai, 2003). A kérdőív a kutatás harmadik fázisában (szülés után 8-12 hónap között) került felvételre.

- A szocio-demográfiai háttér felmérésére a korábbiakban már leírt, általunk összeállított kérdőív adatai kerültek feldolgozásra.

A jelenlegi vizsgálatokban felhasznált mérőeszközökről az alábbi táblázat ad áttekintést (5. táblázat):

5. táblázat Az 1. és 2. vizsgálatban felhasznált mérőeszközök

Kutatási fázis	Felmérési időszak	Használt mérőeszközök
1. fázis	Terhesség 22-40. hete	EPDS STAI Szocio-demográfiai kérdések
3. fázis	Szülés utáni 8-12. hónap	EPDS STAI MORS MSPSS Szocio-demográfiai kérdések

A kutatás második fázisában (szülést követő 3-5. napon) felvett kérdőívek eredményeit jelen értekezésben nem használtam fel.

6.3. Statisztikai próbák bemutatása

A statisztikai vizsgálatot SPSS 21.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) statisztikai elemző szoftver segítségével végeztük el. A korábbiakhoz hasonlóan, az elvégzett statisztikai próbákat is két részre bontva, a két vizsgálatnak megfelelően mutatom be.

6.3.1. Az 1. vizsgálatban elvégzett statisztikai próbák

A vizsgálatban résztvevő személyeket két részre osztottuk a kutatás harmadik fázisában (születést követő 8-12. hónapban) felvett EPDS pontszámuk alapján. Az EPDS skálán legalább 13 pontszámot elért résztvevőket a klinikai szintet elérő posztpartum depressziós (PPD) csoportba, a 13 pontnál kevesebbet elérő vizsgálati személyeket a nem posztpartum depressziós (nem PPD) csoportba soroltuk. Főkomponens-elemzés (Principal Component Analysis - PCA) segítségével csökkentettük a vizsgált változók számát a kutatás első fázisában (terhesség harmadik trimeszterében) felvett EPDS kérdőív egyes tételei között fennálló korrelációk alapján. A főkomponens-elemzés célja az volt, hogy a számos tétel közül csoportokba soroljuk azokat a változókat, melyek leginkább felelnek a végső EPDS pontszámok közötti varianciáért.

A PPD kialakulásában szignifikánsan szerepet játszó változók megállapítása érdekében, logisztikus regressziós vizsgálatot végeztünk. Az elemzés során mind egyváltozós, mind többváltozós modellben megvizsgáltuk egyrészt a főkomponens elemzésnél talált változók, másrészt a kutatás első fázisában (terhesség harmadik trimeszterében) felvett STAI kérdőívvel felmért állapot- és vonásszorongás hatását a PPD csoport és nem PPD csoport kialakulására. Az egyszempontos elemzés során vizsgált változók közül azok a változók kerültek a többváltozós regressziós modellbe, melyek szignifikáns hatást mutattak. Ezt követően, a szignifikáns változók közül azokat tartottuk meg, melyek megfeleltek az Akaike Információs Kritériumnak (AIC). Ez alapján, azokat a változókat tartottuk meg a modellben, melyek AIC értéke alacsony volt és p szignifikancia szintje kevesebb volt 0.05-nél.

Végül, ROC-görbe segítségével (receiver operator characteristic curves) elemeztük a kutatás első fázisában (terhesség harmadik trimeszterében) használt kérdőívek, posztpartum depresszió kialakulásának (szülést követő 8-12 hónapban) megállapítására vonatkozó diszkriminációs hatékonyságát.

6.3.2. A 2. vizsgálatban elvégzett statisztikai próbák

A 2. vizsgálatban résztvevő személyeket - az előbbieken leírtakkal azonos módon - két részre osztottuk, a kutatás harmadik fázisában (szülést követő 8-12 hónapban) felvett EPDS pontszámuk alapján. Az EPDS skálán legalább 13 pontszámot elért résztvevőket a klinikailag szignifikáns posztpartum depressziós (PPD) csoportba, a 13 pontnál kevesebbet elérő vizsgálati személyeket a nem posztpartum depressziós (nem PPD) csoportba soroltuk.

Az előzetesen felállított hipotézisek alapján meghatározott változókat helyeztünk az elemzés fókuszába; az EPDS alapján felmért posztpartum depressziót, a STAI alapján vizsgált állapot – és vonás-szorongást és az észlelt társas támogatást. Mind egyváltozós, mind többváltozós regressziós elemzéssel felmértük a fenti változók hatását a két MORS-skálán elért pontszámokra mind a PPD, mind a nem PPD csoportban.

A többváltozós regressziós modellbe azok a változók kerültek, melyek az egyváltozós modellben szignifikáns hatást gyakoroltak az anya gyermekről történt észlelésére az Akaike-féle Információs Kritérium (AIC) értékek felmérése alapján. Minél alacsonyabb AIC érték elérése mutatta a legjobban illeszkedő modellt. A különböző változók hozzáadásakor mért AIC értékeket ellenőriztük és végső soron csak azok a változók kerültek be a modellbe, melyek AIC értéke megfelelő volt és 0,05 alatti p értéket mutattak. Minden statisztikai elemzés során a 0,05 p érték alatti összeget tekintettük statisztikailag szignifikánsnak.

7. Eredmények

Az eredmények a Célkitűzések pontjainak megfelelően kerülnek ismertetésre. Az első vizsgálatban a várandósság alatt megjelenő klinikai szintű depresszió és szorongás és a posztpartum időszakban megjelenő klinikai szintű depresszió összefüggésének bemutatására kerül sor. A második vizsgálatban a posztpartum időszakban megjelenő klinikai szintű depresszió és szorongás anyai észlelésre gyakorolt hatása kerül bemutatásra, emellett külön szemléltetve az észlelt társas támogatás szerepét.

7.1. Az 1. vizsgálat eredményei

7.1.1. Az 1. vizsgálat leíró statisztikai jellemzői

Az alábbi táblázat az 1. vizsgálatban használt skálák általános statisztikai jellemzőit foglalja össze (6. táblázat):

6. táblázat Az 1. vizsgálatban használt skálák statisztikai jellemzői (n=476)

Skálák	n=476				
	Átlag	Minimum	Maximum	Szórás	Ferdesség
Prenatális EPDS	5.19	0	20	4.20	0.90
Prenatális STAI állapotszorongás	34.79	0	71	9.88	0.75
Prenatális STAI vonásszorongás	35.44	1	71	8.58	0.55
Posztpartum EPDS	4.56	0	67	5.20	4.57

Az EPDS reliabilitása a prenatális és a posztpartum időszakban történt teszt-reteszt megbízhatósági vizsgálata alapján szignifikáns mértékű korrelációt mutat ($r=0.29$, $p<0.001$).

Azt követően, hogy a posztpartum időszakban felvett EPDS skálán legalább 13 pontszámot elért résztvevőket a klinikailag szignifikáns posztpartum depressziós (PPD) csoportba, a 13 pontnál kevesebbet elérő vizsgálati személyeket a nem posztpartum

depressziós (nem PPD) csoportba soroltuk, a vizsgált csoportok összetétele az következőképpen alakult (7. táblázat):

7. táblázat Posztpartum időszakban EPDS alapján mért PPD és nem PPD csoportok (n=476)

Posztpartum EPDS	
PPD csoport (%)	7.6 (n = 36)
Nem PPD csoport (%)	92.4 (n = 440)

A PPD csoportot a prenatális STAI pontszámok alapján vizsgálva, a legalább 40 pontot elérő személyeknél klinikai szintű szorongást állapítottunk meg. A PPD csoport 66,7%-a (n=24) érte el a klinikai szorongás szintjét a STAI vonásszorongás skálája alapján, és 55.6%-a (n=20) a STAI állapotszorongás skálája alapján (8. táblázat).

8. táblázat Prenatális időszakban mért klinikai szintű szorongás prevalenciája a PPD csoportban (n=36)

Prenatális STAI alskálák	PPD csoport
Prenatális STAI vonásszorongás (%)	66.7 (n = 24)
Prenatális STAI állapotszorongás (%)	55.6 (n = 20)

A kutatásunkban vizsgált változók között potenciálisan fennálló multikollinearitás, vagyis a vizsgált skálák egymástól való függésének kizárása érdekében, megvizsgáltuk a prenatális időszakban, egy időpontban felvett skálák közötti korrelációt (9. táblázat):

9. táblázat Prenatális időszakban skálák közötti korrelációk

Vizsgált skálák	r	p
EPDS és STAI vonásszorongás	0.63	<0.001
EPDS és STAI állapotszorongás	0.55	<0.001
STAI vonásszorongás és STAI állapotszorongás	0.72	<0.001

Multikollinearitás abban az esetben áll fenn, ha az egyes skálák közötti korreláció mértéke meghaladja a 0.8-t. Fenti eredményeink alapján elmondható, hogy az általunk

vizsgált skálák esetében multikollinearitás nem áll fenn, így mérőeszközeink egy modellbe helyezve vizsgálhatóak.

7.1.2. Prenatális depresszív és szorongásos tünetek hatása a posztpartum depresszióra

A prenatális szakaszban felvett EPDS főkomponens elemzése

A prenatális fázisban mért EPDS pontszámok varimax rotációval végzett főkomponens elemzésének eredményeképp két fő komponens rajzolódott ki, melyeknek sajátértéke meghaladta az 1-et. Az első komponensbe tartozó tételek az 1, 2, 7, 8 és 9. állítások, melyek faktorsúlya magasabbnak bizonyult 0.5-nél. A második komponensbe a 3, 4, 5 és 6. állítás sorolódott. A 10. állítás nem tartozott egyértelműen egyik komponenshez sem, ezért a végleges alskálákhoz nem soroltuk be. Az egyes állítások jellegzetességeik alapján megfeleltek egy depressziós tünetekhez kapcsolódó alskálának és egy szorongásos tünetekhez kapcsolódó alskálának (10. táblázat). A két komponens esetében a variancia kumulatív értéke 54% volt.

10. táblázat Prenatális fázisban felvett EPDS főkomponens analízise (n=476)

Prenatális EPDS állítások	1. komponens Depressziós alskála	2. komponens Szorongásos alskála
1. Képes voltam nevetni és a dolgok vidámabb oldalát nézni.	0.79	
2. Örömmel vártam dolgokat.	0.76	
3. Feleslegesen hibáztattam magam, ha valami nem sikerült.		0.77
4. Aggódtam és szorongtam minden ok nélkül.		0.74
5. Ijedt vagy rémült voltam, minden ok nélkül.		0.78
6. A dolgok a fejemre nőttek.		0.52
7. Annyira boldogtalannak éreztem magam, hogy nem tudtam aludni.	0.66	
8. Szomorúnak vagy szerencsétlennek éreztem magam.	0.71	
9. Annyira boldogtalannak éreztem magam, hogy elsírtam magam.	0.69	
10. Megfordult a fejemben az a gondolat, hogy kárt teszek magamban.	-	-

Megjegyzés: kizárólag a 0.5-nél nagyobb faktorsúlyok szerepelnek

Prenatális fázisban felvett EPDS összefüggése a PPD-vel

A prenatális időszakban mért EPDS összpontszám szignifikáns mértékben előrejelezte a posztpartum időszakban vizsgált EPDS pontszámot (OR=1.19; $p<0.001$; 11. táblázat).

11. táblázat Prenatális EPDS és posztpartum EPDS összefüggése (n=476)

Prenatális EPDS	OR	95% CI	p
Egyváltozós elemzés	1.19	1.11 – 1.25	<0.001

Prenatális EPDS depressziós és szorongásos alskáláinak eredményei a PPD és nem PPD csoportokban

A prenatális fázisban mért EPDS alskáláinak posztpartum depresszióra gyakorolt hatását egyváltozós és többváltozós logisztikus regressziós elemzéssel vizsgáltuk. Egyváltozós modell alkalmazása esetén mind a szorongásos (OR=1.41; $p<0.001$), mind a depressziós (OR=1.22; $p<0.001$) alskála szignifikáns mértékben előre jelezte a posztpartum időszakban jelentkező depressziót (12. táblázat). Többváltozós elemzés esetén, a prenatális időszakban mért depressziós alskála kontroll alatt tartása mellett, a szorongásos alskála továbbra is szignifikáns mértékben előre jelezte a PPD-t (OR=1.41; $p<0.001$). Ugyanakkor a prenatális időszakban mért szorongásos alskálát kontroll alatt tartva, a depressziós alskála már nem minősült szignifikáns előrejelző faktornak (OR=1.02; $p=0.76$) (12. táblázat).

12. táblázat Prenatális időszakban felvett EPDS alskálák összefüggése a PPD-val (n=476)

Prenatális EPDS alskálák	OR	95% CI	p
Egyváltozós elemzés			
Prenatális EPDS depressziós alskála	1.22	1.08 - 1.40	<0.001
Prenatális EPDS szorongásos alskála	1.41	1.24 - 1.64	<0.001
Többváltozós elemzés			
Prenatális EPDS depressziós alskála	1.02	0.88 – 1.20	0.76
Prenatális EPDS szorongásos alskála	1.41	1.20 – 1.66	<0.001

7.1.3. Prenatális állapotssorongás és vonássorongás hatása a posztpartum depresszióra

Prenatális időszakban felvett STAI állapot- és vonássorongás összefüggése a PPD-vel

A prenatális időszakban mért állapot- és vonássorongás posztpartum depresszióra gyakorolt hatását egyváltozós és többváltozós logisztikus regressziós elemzéssel vizsgáltuk. Egyváltozós modell alkalmazása esetén mind a vonássorongás (OR=1.12; $p<0.001$), mind az állapotssorongás (OR=1.06; $p<0.001$) szignifikáns mértékben előre jelezte a posztpartum időszakban jelentkező depressziót (13. táblázat). Többváltozós elemzés esetén, a prenatális időszakban mért állapotssorongás kontroll alatt tartása mellett, a vonássorongás továbbra is szignifikáns mértékben előre jelezte a PPD-t (OR=1.13; $p<0.001$). Ugyanakkor a prenatális időszakban mért vonássorongást kontroll alatt tartva, az állapotssorongás már nem minősült szignifikáns előrejelző faktornak (OR=0.98; $p=0.53$) (13. táblázat).

13. táblázat Prenatális időszakban felvett STAI skálák összefüggése a PPD-val (n=476)

Prenatális STAI alskálák	OR	95% CI	p
Egyváltozós elemzés			
Prenatális vonássorongás	1.12	1.07 – 1.16	<0.001
Prenatális állapotssorongás	1.06	1.03 – 1.09	<0.001
Többváltozós elemzés			
Prenatális vonássorongás	1.13	1.07 – 1.20	<0.001
Prenatális állapotssorongás	0.98	0.93 – 1.04	=0.53

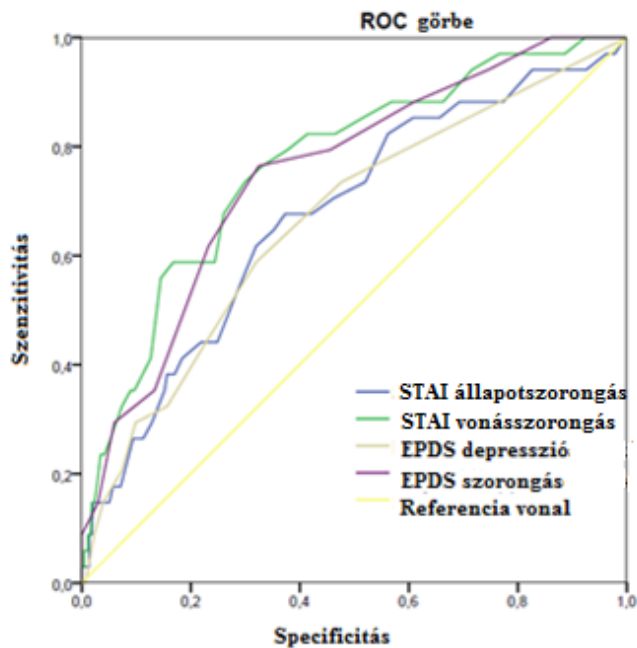
7.1.4. Prenatális időszakban depressziós és szorongásos tüneteket mérő eszközök posztpartum depressziót előrejelző hatékonyságának összehasonlítása

A vizsgálatban használt mérőeszközök ROC analízise

A prenatális időszakban használt mérőeszközök (EPDS és STAI) alskáláinak elemzése alapján, leginkább a STAI vonásszorongást mérő alskálája különítette el a posztpartum depressziós és nem depressziós eseteket egymástól 74%-os szenzitivitással és 70%-os specifitással. Ezt követően az EPDS szorongásos alskálája rendelkezett a legmagasabb diszkriminációs hatékonysággal (77% és 67%). A legalacsonyabb diszkriminációs hatékonyságot az EPDS depressziós alskálája mutatta (59% és 68%). (14. táblázat, 3. ábra).

14. táblázat A prenatális időszakban használt mérőeszközök PPD-ra vonatkozó diszkriminációs hatékonysága

Mérőeszközök	AUROC	Vágópont	Szenzitivitás	Specifitás	P
EPDS depressziós alskála	0.67	1.50	59	68	<0.001
EPDS szorongásos alskála	0.75	4.50	77	67	<0.001
STAI állapotszorongás alskála	0.68	36.50	65	65	<0.001
STAI vonásszorongás alskála	0.77	38.50	74	70	<0.001



3. ábra ROC görbék jellemzői a PPD és nem PPD személyek elkülönítésében mutatott hatékonyságukban (n=476)

Végül, a ROC elemzés alapján megkerestük azt a legalacsonyabb klinikai szintű szorongást jelző pontszámot a STAI vonásszorongás alskáláján, mely a legnagyobb hatékonysággal tudja elkülöníteni a PPD kialakulására leginkább esélyes személyeket. Binominális logisztikus regresszió alkalmazásával, 3.80-as esélyhányadostól, azaz 38 ponttól sorolhatóak a vizsgált személyek a PPD kialakulására magas rizikót mutató csoportba, szemben a skálán 38 pontot vagy annál kevesebbet elérő személyekkel, akiket a PPD kialakulására alacsony rizikójú csoportba sorolhatunk (OR: 1.87 -7.75; 95% CI; $p < 0.001$).

7.2. A 2. vizsgálat eredményei:

7.2.1. A 2. vizsgálat leíró statisztikai jellemzői

Az alábbi táblázat az 2. vizsgálatban használt skálák általános statisztikai jellemzőit foglalja össze (15. táblázat):

15. táblázat A 2. vizsgálatban használt skálák statisztikai jellemzői (n=431)

Skálák	n=431				
	Átlag	Minimum	Maximum	Szórás	Ferdeség
EPDS	4.74	0	23	4.63	1.54
STAI állapotszorongás	32.48	20	77	9.92	1.38
STAI vonásszorongás	34.79	20	73	10.10	0.94
MORS pozitív érzelem	31.15	12	53	3.86	-0.47
MORS gyermek dominanciája	7.01	0	25	4	1.18
MSPSS	73.16	23	84	12.14	-1.74

Az alapján, hogy a posztpartum időszakban felvett EPDS skálán legalább 13 pontszámot elért résztvevőket a klinikailag szignifikáns posztpartum depressziós (PPD) csoportba, a 13 pontnál kevesebbet elérő vizsgálati személyeket a nem posztpartum depressziós (nem PPD) csoportba soroltuk, a vizsgált csoportok összetétele az következőképpen alakult (16. táblázat):

16. táblázat Posztpartum időszakban EPDS alapján mért PPD és nem PPD csoportok (n=431)

Posztpartum EPDS	
PPD csoport (%)	8.8 (n = 38)
Nem PPD csoport (%)	91.2 (n = 393)

Az állapot és vonásszorongás pontszámok vizsgálata alapján, mindkét szorongástípus előfordulása szignifikáns mértékben magasabb volt a PPD csoportban, mint a nem PPD csoportban (17. táblázat).

17. táblázat STAI állapot- és vonásszorongás előfordulása a PPD és nem PPD csoportban (n=431)

Változók	PPD	Nem PPD	p
STAI állapotszorongás	51.82 ± 11.26	30.61 ± 7.49	<0.001
STAI vonásszorongás	54.89 ± 7.31	32.8 ± 7.89	<0.001

4.2.2. Posztpartum depresszió összefüggése az anya gyermekéről történő észlelésével (MORS skálákkal)

Az egyváltozós regressziós elemzés eredménye alapján, a PPD csoportba tartozó személyek szignifikáns mértékben alacsonyabb pontszámot értek el a MORS pozitív érzelem skálán (Beta: -0.21, 95% CI: -0.12 - -0.31, $p < 0.001$), és szignifikáns mértékben magasabb pontszámot értek el a MORS gyermek dominanciája skálán (Beta: 0.21 95% CI: 0.11 - 0.30, $p < 0.001$) (18. táblázat).

18. táblázat MORS skálákon elért eredmények a PPD és a nem PPD csoportban

Változók	Egyváltozós regressziós elemzés, n=431		
	Nem PPD csoport (EPDS<13)	PPD csoport (EPDS≥13)	P
MORS pozitív érzelem skála	31.32±3.74	29.34±4.58	= 0.002
MORS gyermek dominanciája skála	6.75±3.79	9.68±5.07	< 0.001

7.2.3. Posztpartum időszakban megjelenő szorongásos tünetek összefüggése az anyai észleléssel (MORS skálákkal)

Az egyváltozós regressziós elemzés eredménye alapján, a depresszió, az állapot- és a vonásszorongás is szignifikáns mértékben változást hozott létre mindkét MORS skálán (19. táblázat).

19. táblázat Depresszió, állapot- és vonásszorongás összefüggése a MORS skálákkal az egyváltozós regressziós elemzés alapján (n=431)

MORS		Beta	95% CI	p
MORS pozitív érzelem skála	STAI vonás	-0.28	-0.19 - -0.38	<0.001
	STAI állapot	-0.25	-0.15 - -0.34	<0.001
	PPD	0.15	0.05 - 0.24	=0.002
MORS gy. dominanciája skála	STAI vonás	0.43	0.34 - 0.52	<0.001
	STAI állapot	0.41	0.32 - 0.49	<0.001
	PPD	-0.21	-0.12 - -0.30	<0.001

Többszörös lineáris regressziós modellben is vizsgáltuk a posztpartum időszakban STAI-val mért vonásszorongást, a STAI-val mért állapotszorongást és az EPDS-sel mért depressziót és ezek összefüggését a MORS skálákkal mért anyai észleléssel. Az elemzés eredménye szerint – az állapotszorongás és a depresszió hatásának kontroll alatt tartását követően – a vonásszorongás negatív összefüggést mutatott a MORS pozitív érzések skálájával (Beta=-0.26; $p<0.001$), míg az állapotszorongással és a depresszióval nem állt fenn szignifikáns mértékű összefüggés. A MORS gyermek dominanciája skálája az állapotszorongással (Beta=0.21; $p<0.001$), a vonásszorongással (Beta=0.34; $p<0.001$) és a depresszióval is (Beta=0.13; $p<0.001$) szignifikáns mértékben mutatott összefüggést a vizsgált modellben (20. táblázat).

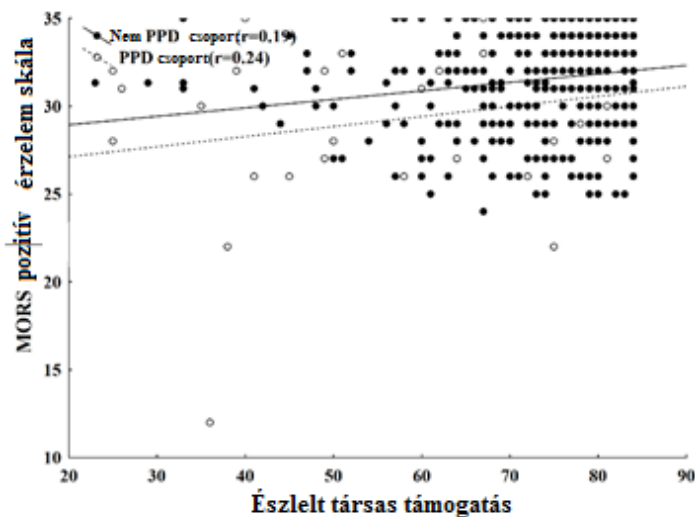
20. táblázat Depresszió, állapot- és vonásszorongás összefüggése a MORS skálákkal a többváltozós regressziós elemzés alapján (n=431)

MORS		Beta	95% CI	p
MORS pozitív érzelem skála	STAI vonás	-0.26	-0.12 - -0.30	<0.001
	STAI állapot	-0.05	-0.22 - 0.13	=0.61
	PPD	-0.05	-0.21 - 0.12	=0.59
MORS gy. dominanciája skála	STAI vonás	0.34	0.25 - 0.43	<0.001
	STAI állapot	0.21	0.11 - 0.30	<0.001
	PPD	0.13	0.01 - 0.22	<0.001

7.2.4. Észlelt társas támogatás összefüggése az anyai észleléssel a posztpartum depressziós és nem depressziós csoportban

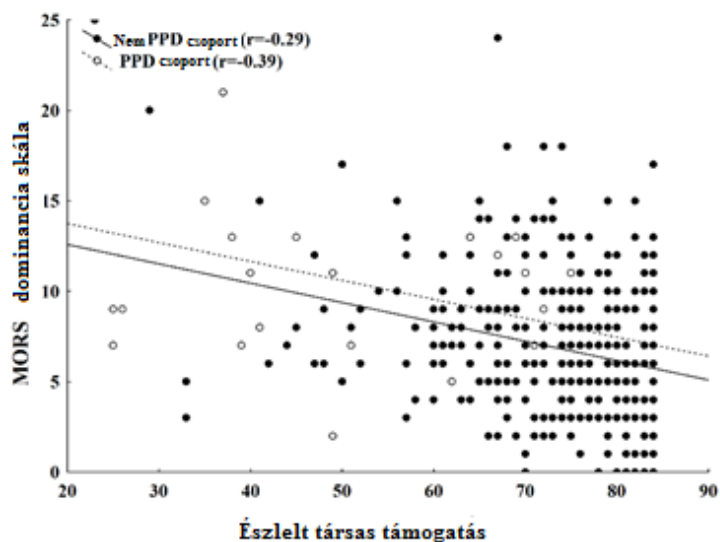
Az észlelt társas támogatás MORS skálákkal való összefüggését egyváltozós regressziós elemzéssel vizsgáltuk a PPD és a nem PPD csoportban. Az észlelt társas támogatás a PPD csoportban szignifikáns mértékű összefüggésben állt a MORS pozitív érzelem skálájával (Beta: 0.24 95% CI: 0.02 – 0.56; p=0.04) és a MORS gyermek dominanciája skálájával (Beta: -0.39, 95% CI: -0.08 - -0.70; p=0.01). A nem PPD csoportban szintén szignifikáns mértékű összefüggés állt fenn a MORS pozitív érzelem skálával (Beta: 0.18 95% CI: 0.09 – 0.28; p<0.001) és a MORS gyermek dominanciája skálával (Beta: -0.29, 95% CI: -0.20 - -0.39; p<0.001). Az észlelt társas támogatás hatásának további vizsgálata érdekében, többváltozós regressziós elemzést alkalmaztunk.

Az észlelt társas támogatás és a MORS pozitív érzelem skála között fennálló szignifikáns összefüggés továbbra is fennmaradt, a PPD hatásának kontrollálása mellett is, növelve a gyermek által kifejezett pozitív érzések észlelését jelölő pontszámot (Beta: 0.21, 95% CI: 0.10 – 0.31, p<0.001, 4. ábra).



4. ábra Észlelt társas támogatás összefüggése a MORS pozitív érzelem skálával a PPD és a nem PPD csoportban

Az észlelt társas támogatás a MORS gyermek dominanciáját vizsgáló skálájával szintén szignifikáns mértékben mutatott összefüggést a PPD hatásának kontrollálását követően is. Az anyák kevésbé értékelték dominánsnak gyermekük viselkedését az észlelt társas támogatás növekedésével (Beta: -0.32, 95% CI: -0.23 – -0.42, $p < 0.001$, 4. ábra).



5. ábra Az észlelt társas támogatás összefüggése a MORS dominancia skálával a PPD és a nem PPD csoportban

A többváltozós regressziós modellbe változóként helyeztük a posztpartum időszakban mért depressziót, a vonásszorongást, az állapotszorongást és a társas támogatást, majd ezek összefüggését vizsgáltuk a MORS skálákkal, vagyis az anya csecsemőjéről történő észlelésével. Az elemzés eredménye szerint – az összes változó hatásának kontroll alatt tartását követően – a vonásszorongás továbbra is negatív összefüggést mutatott a MORS pozitív érzések skálájával (Beta=-0.20; 95% CI: -0.03 - -0.37, $p<0.02$). Az észlelt társas támogatás pozitív szignifikáns összefüggést mutatott a MORS pozitív érzések skálájával (Beta=0.15; 95% CI: 0.05 – 0.26, $p=0.005$) az összes változó kontroll alatt tartása mellett. Ugyanakkor az állapotszorongással és a depresszióval szignifikáns összefüggés már nem állt fenn.

A MORS gyermek dominanciájának észlelésére vonatkozó skálával való összefüggés vizsgálatakor, az alábbi eredmények születtek az összes változó hatásának kontroll alatt tartását követően. A vonásszorongás (Beta=0.27; 95% CI: 0.11-0.43, $p=0.001$) és az állapotszorongás (Beta=0.18; 95% CI: 0.03-0.34, $p=0.02$) pozitív összefüggést mutattak a MORS gyermek dominanciájának észlelését vizsgáló skálájával, ahogy a depresszióval való pozitív összefüggés is fennállt (Beta=0.14; 95% CI: 0.03 – 0.25, $p=0.001$). Az észlelt társas támogatással való negatív összefüggés szintén fennmaradt az összes változó kontroll alatt tartását követően is (Beta=-0.19; 95% CI: -0.09 – -0.29, $p<0.001$).

8. Megbeszélés

Az eredmények tárgyalása a célkitűzésekben megfogalmazott pontoknak megfelelően kerül részletezésre.

8.1. Az 1. vizsgálat eredményeinek megbeszélése

Az 1. vizsgálatban a prenatális időszakban előforduló hangulati és szorongásos tünetek és a posztpartum időszakban jelentkező PPD közötti lehetséges összefüggések feltárását állítottuk kutatásunk fókuszába. Összefoglalva a továbbiakban részletezett eredményeinket elmondható, hogy a várandósság ideje alatt jelentkező szorongásos tünetek, különösen a személyre általában is jellemző vonásszorongás jobban előrejelzik a posztpartum időszakban jelentkező depressziót, mint maguk a terhesség alatt jelentkező depressziós tünetek.

8.1.1. Prenatális depresszív és szorongásos tünetek hatása a posztpartum depresszió kialakulására

Vizsgálatunkban a prenatális fázisban használt EPDS tesztet két alskálára bontottuk. Az EPDS tesztet egyrészt a 4 tételből álló szorongásos alskálára, másrészt az 5 tételből álló depressziós alskálára osztottuk fel. Egyedül a 10. tétel - mely az önsértés gondolatának felmerülésére vonatkozik - nem illeszkedett egyik alskálába sem. Ezt a tételt a további elemzésekből kihagytuk. Amellett, hogy a korábban hasonló témában végzett vizsgálatok között vannak kisebb eltérések abban, hogy melyik tétel melyik alskálához tartozik, összességében eredményünk megegyezik a korábbi vizsgálatok eredményével, a depressziós és a szorongásos alskála tekintetében (Matthey, 2008; Ross és mtsai, 2003; Goodman, Chenausky és Freeman, 2014). A legfontosabb különbség a 6. állítással kapcsolatos („A dolgok a fejemre nőttek”), melyet mi a szorongásos alskálához soroltunk. A fent említett kutatások esetében a 6. állítást nem lehetett egyértelműen egyik skálához sem besorolni, így ezt kihagyták a skálákból. Az alapján, hogy az EPDS depressziós és szorongásos alskálákra bontható, elmondható, hogy az EPDS összpontszámát mind

depressziós, mind szorongásos tünetek befolyásolják, így ezek további vizsgálata indokolt. Azáltal, hogy alskálákra bontottuk az EPDS kérdőívet, pontosabb információhoz jutottunk a vizsgált minta depressziós és szorongásos szintjének elkülönített felmérésével kapcsolatban.

Amellett, hogy a kérdőív tartalmaz a szorongás mérésére irányuló tételket is, azokban az esetekben, amelyekben a két zavar magas komorbiditásából adódóan a tünetek keverten jelentkeznek, az anya végül depresszió diagnózist kap, figyelmen kívül hagyva szorongásos tüneteit (Moss, 2009). A depressziós és szorongásos zavarok önkitöltős kérdőívekkel történő elkülönítési hatékonyságát vizsgálta egy felmérés (Renner, 2016). A szorongás háttérében kiemelte az emocionalitás és az aggodás jelenlétét, míg a depresszióhoz a lehangoltságot és az örömtelenséget kötötte. Amellett, hogy a kérdőíveken szereplő egyes tételknél megállapítható volt, hogy inkább depresszív vagy inkább szorongásra jellemző tünetekre vonatkoztak, a vizsgálatban résztvevő személyek nagyrésznél a depresszióra és szorongásra vonatkozó tünetek vegyesen jelentkeztek, ezzel is jelezve a két pszichiátriai zavar között fennálló szoros kapcsolatot. A szerzők javaslata szerint, az önkitöltős kérdőíveket használó kutatásokban, érdemes tételenként elemezni az eredményeket, az adott kutatás céljának megfelelően.

Amikor a szorongásos és a depressziós alskálák pontszámainak PPD-val való összefüggését hasonlítottuk össze vizsgálatunkban, a szorongásos alskála pontszáma nagyobb mértékben korrelált a PPD-val, mint a depressziós alskála. A többváltozós elemzés eredménye még inkább rámutatott a szorongásos alskála előrejelzési hatékonyságára. Ezek az eredmények - több más kutatással összhangban (Sutter-Dallay, 2004; Faisal-Cury, 2007; Milgrom, 2008; Simpson, 2014) – arra világítanak rá, hogy a prenatális időszakban jelenlévő szorongásos tünetek, még a depressziós tüneteknél is szignifikánsabb mértékben jelzik előre a későbbi, posztpartum időszakban megjelenő depressziót. Lee (2015) vizsgálatában, azoknak az anyáknak okozott később legjobban nehézséget az anyai szerephez való alkalmazkodás, akik a várandósságuk harmadik trimeszterében leginkább szorongónak bizonyultak, és ők rendelkeztek a legkisebb önbizalommal az anyai feladatok ellátására való alkalmasságukkal kapcsolatban is.

Mindez összességében hozzájárult ahhoz, hogy a PPD kialakulásának valószínűsége megnőtt esetükben.

Az EPDS szülés körüli időszakban való világszerte elterjedt használatával, a depressziós tünetek váltak a későbbi PPD legerősebb bejósolójának, annak ellenére, hogy – ahogy az a fent említett kutatásokból is látható - az EPDS összpontszámát nagymértékben meghatározzák a szorongásra vonatkozó kérdések. A szorongásos tünetek figyelmen kívül hagyása a depresszió diagnózisának felállításakor ahhoz vezethet, hogy a depressziós tünetek hiányában, nem tulajdonítunk kellő jelentőséget az önmagában fennálló szorongásos tüneteknek. Vizsgálatunkban, a PPD csoportban előforduló szorongás magas rátája (66.7%), indokoltá teszi a szorongásos tünetek további vizsgálatát.

8.1.2. Prenatális állapotssorongás és vonássorongás hatása a posztpartum depresszióra

A prenatális szorongás hatásmechanizmusának mélyebb megértése érdekében, fontos annak feltárása, hogy a prenatális időszakban jelentkező szorongást a várandósság időszakában jelentkező fokozott stresszhelyzet váltja ki, vagy a személyre általában jellemző állapot. Ennek érdekében, külön vizsgáltuk a vonássorongás hatását. Vizsgálatunk eredménye szerint, a PPD csoportba tartozó résztvevők magasabb pontszámot mutattak a prenatális időszakban mért STAI vonássorongás alskálán. A prenatális időszakban mért vonássorongás és állapotssorongás hatását összehasonlítva, a vonássorongás hatása az anya későbbi mentális egészségére egyértelműen erősebbnek bizonyult. Eredményeink szerint, a vonássorongás szignifikáns előrejelzője a PPD-nak. Mindezek alapján, fontos hangsúlyozni, hogy 5 pont emelkedés a STAI vonássorongás alskáláján (az összes elérhető pontszám 80) 40%-kal nagyobb esélyt jelent a későbbi depresszió kialakulására.

Az állapot és vonássorongás előrejelző hatásában jelentkező különbség hátterében állhat, hogy az állapotssorongás azt méri fel, hogy a válaszadó hogyan érzi magát az adott pillanatban. A pillanatnyi helyzet felmérésére hatást gyakorolnak az éppen aktuális

körülmények. A vonásszorongás, a szorongás pszichológiai és fiziológiai tüneteinek átélésére vonatkozó általános hajlamként határozható meg (Spielberger, 1973). A vonásszorongás alskála azt méri fel, hogy az egyén mennyire hajlamos szorongást átélni általában. Eredményeink alapján, a szorongás mint személyiségvonás, szignifikáns mértékben jobban jellemzi a PPD kialakulására veszélyeztetett nőket. Mindezeket figyelembe véve, fontos, hogy már a terhesgondozás időszakában, kellő figyelem irányuljon a szorongásra hajlamosabb nőkre.

8.1.3. Prenatális időszakban depressziós és szorongásos tüneteket mérő eszközök posztpartum depressziót előrejelző hatékonyságának összehasonlítása

A prenatális időszakban vizsgált alskálák (EPDS depressziós alskála, EPDS szorongásos alskála, STAI állapotszorongás alskála és STAI vonásszorongás alskála) közül önmagában egyik sem ért el magas előrejelző hatékonyságot a későbbi PPD előrejelzésére vonatkozóan. A különböző mérőeszközök összehasonlító vizsgálata szerint azonban a STAI vonásszorongást mérő alskálája bizonyult a leghatékonyabbnak a PPD előrejelzésében. Eredményeink alapján, azoknál a személyeknél, akik 38 feletti pontszámot értek el a skálán, 3.80 relatív eséllyel alakul ki a későbbiekben PPD, összehasonlítva azokkal a személyekkel, akik 38 alatti pontszámot értek el.

Korábbi vizsgálatok során már történtek erőfeszítések a pszichés zavarok peripartum időszakban történő hatékonyabb mérésére. A posztpartum időszakban megjelenő kóros szorongás mérésére dolgozták ki Magyarországon a STAI kérdőív állapotszorongás skálájának egy módosított változatát (Molnár és Münnich, 2014), melynek célja a szubklinikai szinten szorongó anyák nagyobb biztonsággal történő szűrése volt. A vizsgálat alapján, a szorongó és nem szorongó csoporton kívül elkülöníthetővé vált egy olyan csoport, mely szubklinikai tüneteket mutatott a szorongás terén, ezáltal árnyaltabban értelmezhető diagnosztikus szűrőeljárást eredményezve, mely a korai prevenció szempontjából fontos lehet. Kutatási eredményeink alapján, megfontolandó lehet a STAI kérdőív vonásszorongást mérő skálájának prenatális időszakban szűrőeszközként történő használata – az EPDS kiegészítéseként – a posztpartum időszakban jelentkező problémák prevenciója érdekében.

Az 1. vizsgálatban ismertetett eredményeink megerősítik a depresszió és a szorongás közös gyökereire vonatkozó elképzelést, melyet egyrészt alátámaszt számos korábbi elmélet, másrészt gyakori komorbiditásuk is erre enged következtetni (Ross és mtsai, 2003; Enatescu és mtsai, 2014). A szorongásos zavarok megjelenése gyakran megelőzi a későbbi hangulati zavarok kialakulását (De Graaf és mtsai, 2003), ahogy jelen vizsgálatunkban is a szorongásos tünetek a későbbi PPD-t. Egy a vonásszorongással foglalkozó, nemrégiben publikált szakirodalmi áttekintés (Weger és Sandi, 2018) arra a következtetésre jutott, hogy a magas vonásszorongással rendelkező személyek különösen sérülékenyek a stresszhelyzetekkel szemben és hajlamosabbak depresszió átélésére. Publikációjuk tartalmának képi megjelenítésére az alábbi ábrát használták, mely jól szemlélteti a mi vizsgálatunkban is megfigyelhető jelenséget:



6. ábra Vonásszorongás hatása a stresszel való megküzdési képességre (szabadon felhasználható ábra) (Weger és Sandi, 2018)

A szakirodalmi áttekintés mind állatkísérletek, mind humán vizsgálatok eredményeire alapozva jut arra a következtetésre, hogy a magas vonásszorongás kritikus rizikófaktora lehet a stresszre adott fokozott reakciók és a hangulati és szorongásos kórképekre való sérülékenység szempontjából. Más életszakaszokhoz képest, a perinatális időszak számos pszicho-szociális és biológiai változással jár, ezáltal előidézheti a szorongásos tünetek depresszióvá való átmenetét, ahogy ezt más kutatások is jelezték (Enatescu, 2014).

Kutatásunk eredménye alapján, különösen fontos, hogy kellő figyelmet fordítsunk a terhesgondozás során a szorongásos tünetek felmérésére. Amellett, hogy a nőknél előforduló korábbi depresszió meglétét ellenőrizzük, nem hagyhatjuk figyelmen kívül a szorongásra való általános hajlamuk feltárását sem.

8.2. A 2. vizsgálat eredményeinek megbeszélése

Második vizsgálatunkban a posztpartum időszakban megjelenő depresszív és szorongásos szint hatását vizsgáltuk az anya csecsemőről alkotott benyomására. A perinatális időszakban számos kutatás foglalkozott már a PPD anya-gyermek kapcsolatra gyakorolt hatásával, azonban az anyai percepció, mint a hatásmechanizmus potenciális közvetítő faktora, korábban nem került még kutatási fókuszba. Az anyai mentális modellnek, - mint a korai kötődési kapcsolat egy fontos összetevőjének - szerepét szintén több kutatás vizsgálta, azonban kevés információ áll rendelkezésre arról, hogy milyen elemekből áll ez a komplex folyamat. A másik oldalról megközelítve, szintén számos tanulmány foglalkozott a depresszió észlelésre gyakorolt hatásával, azonban a perinatális időszakban még nem került sor a jelenség vizsgálatára.

8.2.1. Posztpartum depresszió hatása az anyai észlelésre

Kutatásunk eredménye alapján, az anyai depresszió hatást gyakorol az anyák gyermekükről alkotott percepciójára. A vizsgálatunkban részt vett, PPD csoportba tartozó anyák kevésbé ítélték pozitívnak a gyermekük feléjük irányuló érzéseit és nehezebbnek érezték a gyermek igényeinek kiszolgálását, mint a nem PPD csoportba tartozó anyák. Ez az eredmény azt az elképzelést látszik alátámasztani, hogy a depresszió negatív torzítást okoz az észlelésben. Az eredmény jelentőségét az a tényező is növeli, hogy ez a hatás egy különösen szenzitív időszakban, az anya-gyermek közötti kapcsolat kialakulásának idején jelentkezik és nem csak az anyára, hanem gyermekére és annak fejlődésére is hatást gyakorol.

Eredményeink összhangban állnak korábbi, a depresszió észlelésre gyakorolt hatását vizsgáló tanulmányokkal (Davila, 2003; Robbins, 2004; Gordon, 2013) és megerősítik

azt a hipotézist, hogy a depresszió hatást gyakorol az interperszonális kapcsolatok észlelésére. Vizsgálatunk eredménye szerint a PPD-t átélő anyák eltérő képet alkotnak gyermekükről az egészséges kontroll csoportba tartozó anyáknál. A depressziós anyák kevésbé látják pozitívan gyermeküket és hajlamosabbak dominánsabbnak észlelni gyermekük viselkedését, ezáltal nehezebbnek élik meg a gyermek igényeinek kiszolgálását. Eredményeink megfelelnek a Budapesti Családvizsgálatban (Danis, Oates és Gervai, 2005) feltételezett összefüggéssel, mely szerint a veszélyeztetett csoportba tartozó személyeknél - amilyenek a depressziós szülők is – szignifikánsan alacsonyabb pontszámok várhatóak a MORS pozitív érzelmek skáláján, és szignifikánsan magasabb pontszámok várhatóak a MORS dominancia skáláján. Eredményünk alapján, feltételezhető, hogy a MORS pontszámok nem a gyermekek objektív sajátosságait tükrözik, hanem a vizsgált anyák szubjektíven megalkotott mentális képe jelenik meg bennük, ahogy erre a Budapesti Családvizsgálat is rámutatott (2005).

Az eredményeink szerinti negatív észlelési torzulás számos következménnyel járhat. A korábbi vizsgálati eredmények alapján (Stein, 2012; Bansil, 2010), csökkenhet az anyai szenzitivitás; a gyermek igényeihez illeszkedő válaszkészség megváltozik. A depresszió tüneteként előforduló negatív gondolatok hatást gyakorolnak a társas interakciókra. Egyrészt azáltal, hogy a depressziós személy kognitív kapacitásának nagy részét lefoglalják az automatikusan megjelenő negatív gondolatok, melyeket az interperszonális kapcsolatok adekvát értelmezésére fordíthatna. Másrészt negatív torzítás jelenik meg a társas környezetből érkező ingerek értelmezésében és az ezekre adott reakciókban is. Stein (2012) vizsgálatában, a korai anya-gyermek kapcsolat fényében értelmezte a jelenséget, és arra a következtetésre jutott, hogy az ismétlődő negatív gondolatok hatást gyakorolnak az anyai kommunikációra, az anya figyelmének elvonásán és válaszkészségének csökkentésén keresztül. Az anyai válaszkészség pedig fontos szerepet játszik az anya-gyermek kötődés kialakulásának folyamatában, hiszen a gyermek saját belső munkamodelljét az elsődleges gondozóval való kapcsolata alapján építi ki (Bowlby, 1969). Eredményeink összhangban állnak egy a közelmúltban végzett vizsgálati eredménnyel (Murray, 2017), mely alátámasztotta, hogy a depressziós anyáknak nehézséget okoz csecsemőjük igényeinek megállapítása, jelzéseik értelmezése és az ezekre való megfelelő reagálás. Ez az eredmény különösen jellemző azokban az

esetekben, melyekben a hangulati tünetek mellett egyéb nehézségek is fennállnak, mint például az alacsony társas támogatás. Az anyai válaszkészség kiemelt fontosságára mutat rá az a kutatási eredmény is, mely szerint a gyermek biztonságos kötődési mintázatának kialakulásánál nagyobb a hatása a szenzitív anyai reakciókészségnek, mint a PPD meglétének (Murray, 2017). Mindemellett fontos kihangsúlyozni, hogy az anyai szenzitivitás meglétét önmagában számos tényező befolyásolja, melyek közül az egyik, a csecsemő temperamentuma. A nehezen megnyugtatható, folyton síró csecsemő szintén hozzájárul az anya-gyermek kapcsolat minőségének alakulásához, sőt akár az anyai depresszió súlyosbodásához is.

A korábbi kvantitatív vizsgálatok fókuszán kívül esett a gyermek anya által történő észlelése a posztpartum időszakban. Kivételt képez ez alól Davies (2008) kutatása, aki a szüléshez társuló poszt-traumás stressz zavar (PTSD) és a gyerekekről alkotott anyai percepció összefüggését vizsgálta szintén a MORS skála segítségével. Eredményei alapján, a PTSD szignifikáns változást hozott létre a csecsemőről alkotott anyai percepcióban. A PTSD kritériumait teljesítő anyák kevésbé optimálisnak ítélték meg kötődési kapcsolatukat, és szignifikáns mértékben kevésbé pozitívnak és dominánsabbnak látták gyermeküket. A szerzők hangsúlyozták a PTSD és PPD gyakori komorbiditását, ezzel előrejelítve a mi vizsgálatunkban is talált összefüggések meglétét.

8.2.2. Posztpartum időszakban megjelenő szorongásos tünetek hatása az anyai észlelésre

Kutatásunkban külön megvizsgáltuk a szorongás és negatív percepció torzítás közötti összefüggést, külön elemezve a vonás és az állapotszorongás hatásait. Eredményeink szerint a percepcióban létrejött torzítás annál fokozottabbá vált, minél magasabb pontszámot ért el egy vizsgálati személy a STAI vonásszorongást mérő alskáláján. A gyermek anya felé irányuló pozitív érzéseinek észlelésében történő torzítást leginkább a vonásszorongás mértéke határozta meg. Ez a hatás akkor is fennmaradt, amikor a többi, kutatásunkban vizsgált potenciálisan befolyásoló faktort kontroll alatt tartottuk, míg az állapotszorongás és az EPDS-sel mért depresszió hatása ebben a helyzetben már nem bizonyult szignifikánsnak.

A vonásszorongás szintén szignifikáns mértékben befolyásolta a dominancia skálán elért eredményt, amellet, hogy az állapotszorongás és a depresszió erre gyakorolt szignifikáns hatása szintén kimutatható volt a változók kontroll alatt tartása mellett.

A vonásszorongás percepcióra gyakorolt hatásának magyarázata – az előző vizsgálatunkban elért eredményhez hasonlóan – az lehet, hogy az EPDS egy hetes időszakot, a STAI állapotszorongás pedig az aktuális pillanatot vizsgálja, míg a STAI vonásszorongás az egyénre jellemző általános tendenciát méri fel. Eredményeink ismét rámutatnak a depresszió háttérében álló, szorongásra való hajlam jelentőségére a negatív percepciók torzítás létrejöttében. Számos kutatás igazolja, hogy a szorongás általában, és a vonásszorongás specifikusan is a kognitív kontroll folyamatok károsodásával jár együtt (Gustavson, 2017). Ennek oka az, hogy a magas vonásszorongással jellemezhető személyeknél zavaró gondolatok és a fenyegető ingerek gyors feldolgozása elvonja a figyelmet és a feldolgozási erőforrásokat más mentális műveletektől. A vonásszorongás kognitív funkciókra gyakorolt hatásainak egyik vizsgálata (Gustavson, 2017) rámutatott arra, hogy a vonásszorongás hatást gyakorol a reakcióidőre, melyekben a személynek nagy figyelmet igénylő feladatról kell átváltania kevesebb figyelmet igénylő feladatra. A kutatás során külön figyelmet szenteltek arra, hogy a résztvevőknek semleges, nem stresszkeltő helyzetekben kellett a feladatokat kivitelezni. Az eredmény rámutathat a szorongás kognitív képességekre gyakorolt hatásának háttérmechanizmusára. Ha a csecsemőgondozással járó feladatokra vonatkoztatjuk, elmondható, hogy az anyának egyszerre több dologgal is foglalkoznia kell, és kevésbé van lehetősége az egyes feladatokban való elmélyülésre, így a posztpartum időszakban természetesen ráháruló feladatok stresszkeltőbbek lehetnek számára.

A Fonagy és munkatársai (2005) által képviselt modern kötődésemélet kifejti, hogy a korai tárgykapcsolatokban szerzett tapasztalat, és annak érzelmi minősége hogyan befolyásolja egyrészt a gyermek mentális képességeit, másrészt ezáltal egy olyan reprezentációs rendszer kialakulását, melynek segítségével eligazodik a társas világban, kiválasztja azt, hogy mire fordítsa a figyelmét. Amennyiben az anya-csecsemő-viszony érzelmi vonatkozásaiban megjelenik a szorongás, a fejlődő gyermek vonatkoztatási kerete a bizonytalanság miatt csorbát szenvedhet (Fonagy, 2005), így a szorongó anyai

attitűd a korai anya-gyermek kapcsolaton keresztül, hosszú távon befolyást gyakorol a gyermek további érzelmi és kognitív fejlődésére. A szorongás meghatározza a csecsemőről való gondoskodás minőségét és ebben kiemelt közvetítő szerepet tölt be az anyai szenzitivitás; a csecsemő igényeire való adaptív reakciókon keresztül (Kaplan, 2008). A szorongásra való hajlam hatást gyakorol az anya érzelemszabályozó képességére és - eredményeink fényében – módosítja a gyermekről és a gyermekkel való kapcsolatról kialakított képet is.

8.2.3. Észlelt társas támogatás hatása az anyai észlelésre a posztpartum depressziós és nem depressziós csoportban

Kutatásunknak szintén fontos eredménye, az észlelt társas támogatás protektív szerepe, mely képes a depresszió anyai percepcióra gyakorolt negatív hatását mérsékelni. Eredményeink szerint, minél magasabb az észlelt támogatás mértéke, annál kevésbé látja negatívnak és annál kevésbé éli meg dominánsnak gyermekét az anya a PPD csoportban. Külön érdemes kiemelni annak jelentőségét, hogy a nem PPD csoportban hasonló tendencia figyelhető meg. Hipotézisünkben feltételeztük ugyan, hogy a nem PPD csoportban is megfigyelhető lesz a támogatás észlelésre gyakorolt hatása, azonban előzetes elképzelésünk szerint ebben a csoportban kisebb mértékben jelenik meg ez a hatás. A dolgozatban korábban bemutatottak alapján, azt feltételeztük, hogy a depresszió által az észlelésben okozott kognitív torzítást ellensúlyozza a társas támogatás. Eredményeink alapján a társas támogatás jelentősége hasonló mértékűnek bizonyult a nem PPD csoportban is. Mindezek alapján a társas támogatás fontossága még nyilvánvalóbbá vált az adekvát kötődési kapcsolatok kialakítása szempontjából.

A társas támogatás protektív szerepére már a korábbi vizsgálatok és elméleti elképzelések is rámutattak, alátámasztva azt a kötődési elméletben is megfogalmazott elképzelést (Bowlby, 1969), mely szerint az emberek boldogabbak és hatékonyabbak a mindennapokban, ha a környezetükben van olyan személy, akiben megbízhatnak. Kutatási eredményünk hatásmechanizmusának magyarázatára mutathat rá egy a közelmúltban végzett vizsgálat (Thoits, 2011), mely a társas kapcsolatok pszichológiai hatását elemezve arra a megállapításra jutott, hogy a társas kapcsolati háló képes a

stresszhatások „csillapítására” vagy kivédésére. Emellett a társas kapcsolatokon keresztül nő az érintett személyhez eljutó információ mennyisége is, ezáltal közvetlen módon is hozzájárulva a testi és mentális egészség fenntartásához. A korábbiakban már említett magas vonásszorongással foglalkozó szakirodalmi áttekintés (Weger és Sandi, 2018) hangsúlyozza, hogy a magas vonásszorongás számos viselkedéses és kognitív eltéréshez vezethet, melyek hozzájárulhatnak a depresszív viselkedésformák kialakulásához. Ezek közül a szerzők kiemelik a társas készségek alacsony szintjét, mely – kutatási eredményeink fényében – különösen fontos lehetne a hangulatzavarok megelőzése szempontjából. A publikáció kiemeli a pozitív társas kapcsolatok szerepét a stresszhelyzetekkel való megküzdésben és a stressz által kiváltott pszichopatológiák megelőzésében. Ez a következtetés szintén egybeesik az általunk talált eredményekkel. A társas kapcsolati háló depresszióra gyakorolt hatásának születés előtti és utáni időszakban történt részletesebb vizsgálata (Haslam, 2006) arra az eredményre jutott, hogy a partner támogatásánál fontosabb a szülők részéről érkező támogatás a depresszív tünetek súlyossága szempontjából. A jelenség egyik magyarázataként a szerzők arra hivatkoznak, hogy a szülők részéről érkező praktikus segítségre jobban szüksége van az anyának a csecsemő gondozása során. Másrészt kiemelik a szülők és a partner felől érkező támogatás közötti minőségi eltérést, hangsúlyozva, hogy a szülői szerep elsajátításához nyújtott támogatásban a szülők saját tapasztalataik által is hatékonyabbak lehetnek. Az eredmény hozzásegít az anyák támogatási igényének mélyebb megértéséhez.

A támogató kapcsolatok összességében hozzájárulnak az egyén jóllétéhez, elősegítik az önkontroll érzésének fokozódását és a pozitív érzések létrejöttét. A posztpartum időszakban vizsgált társas támogatás növeli az én-hatékonyság érzését, mely az anyává válás időszakában hozzájárul a posztpartum depressziós tünetek csökkenéséhez (Haslam, 2006). Ezek az eredmények mind rávilágítanak a PPD univerzális szűrésének fontosságára a peripartum időszakban, hiszen a tünetek időben történő felismerésével - a hatékony kezeléssel túl - abban is segítséget kaphat az érintett személy, hogy hogyan építse ki maga körül vagy erősítse meg társas kapcsolati hálóját.

8.3. A kutatás limitációi

Longitudinális vizsgálatunk során három időpontban végeztük a résztvevők felmérését önkitöltős kérdőívekkel, tünetbecslő skálákkal. Azáltal, hogy a terhesség 22-40. hetében történt az adatfelvétel, nem kaptunk információt a lehetséges koraterhességi tünetekről, melyek az időben történő prevenciós beavatkozások szempontjából fontosak lehetnek. Mindemellett az általunk választott harmadik trimeszterben a legjellemzőbb a hangulatzavar tüneteinek megjelenése, illetve súlyosbodása (Lee és mtsai, 2007). Ehhez hasonlóan, a posztpartum időszakban történő adatfelvételt is a szülést követő második félévben végeztük a súlyosabb esetek szűrése érdekében, ezáltal a szülést követő félévre vonatkozóan nem állnak rendelkezésünkre adatok.

Terveink szerint, minden a terhessége 22-40. közötti időszakában a Semmelweis Egyetem I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján megjelenő várandós személyt bevonunk kutatásunkba. Tervünket csak részben sikerült megvalósítani, elsősorban a humán erőforrás hiánya miatt.

Vizsgálatunk 3. fázisában postán küldtük ki a teszteket és számos, a kutatás korábbi szakaszaiban résztvevő személy nem küldte vissza ezeket, ezért a mintának csak egy részén tudtunk utánkötéses vizsgálatot végezni. Eredményeink validitását tovább növelte volna, ha vizsgálatunkat több kutatóhely bevonásával végeztük volna.

A vizsgálatba bevont résztvevők közül nem vizsgáltuk külön azokat a személyeket, akiknél korábban pszichiátriai diagnózist állapítottak meg – különös tekintettel a depresszióra és a generalizált szorongásos zavarra, így az adatok elemzésekor nem vettük figyelembe a korábban potenciálisan fennálló pszichiátriai kórképeket.

Annak ellenére, hogy kutatásunkban világszerte használt, magas reliabilitással és szenzitivitással rendelkező kérdőívekkel mértük fel a hangulati tüneteket, még pontosabb diagnózis állítható fel abban az esetben, ha nem csak önkitöltős kérdőívekre, hanem kiképzett klinikus által felvett félig-strukturált diagnosztikus interjúval is megerősített

eredményekre alapozzuk a felmérést vagy megfigyeléses vizsgálatokat is végzünk, melyeknek különösen az anyai szenzitivitás és az anya-gyermek kapcsolat minőségének meghatározása szempontjából lenne kiemelt jelentősége.

8.4. A két vizsgálat eredményeinek összegzése

Mindkét posztpartum depresszióval foglalkozó vizsgálatban megfigyelhető volt a vonásszorongás kiemelkedő szerepe. A vonásszorongás a szorongással kapcsolatos legtöbb patológiás állapotban jelen van: a vonásszorongás magas szintje figyelhető meg a legtöbb, a pszichiátriai diagnosztikus rendszerekben leírt szorongásos zavarban (DSM-5, APA, 2013). Matthey és munkatársai (2005) kiemelik, hogy a peripartum időszakban használt szűrővizsgálatok szinte kizárólag a posztpartum depresszióra irányulnak. Mindamellett, hogy a posztpartum depresszió mérésére leggyakrabban használt kérdőív az EPDS (Cox és mtsai, 1987) tartalmaz szorongásra irányuló tételeket is, ha nem jelez kóros értéket, az anyát egészségesnek nyilváníthatják, és az esetleges szorongásos tünetek fel nem ismertek és kezeletlenek maradnak (Moss és mtsai, 2009; Molnár és München, 2014). Moss és munkatársai (2009) által végzett vizsgálat eredményeihez hasonlóan, az általunk végzett kutatási eredmények is arra mutatnak, hogy a szorongásos zavar a későbbi anyai depresszió előrejelzője is lehet. Eredményeink alapján - a prevenció érdekében - fontos lehet, hogy a szorongásos tüneteket mutató anyákra fokozott figyelem irányuljon.

A peripartum időszakban jelenlévő depressziós és szorongásos tünetek közrejátszanak az anya-gyermek kapcsolat alakulásában és ezáltal hatást gyakorolnak a gyermek fejlődésére. A hangulati és szorongásos mentális problémák kognitív aspektusainak vizsgálatával nem csak közelebb jutunk a kórképek megértéséhez, de hozzájárulhatunk a potenciális következményeik megelőzéséhez és kezelésük hatékonyabbá tételéhez. Mindemellett a további kutatásokat is segíthetjük eredményeinkkel. A dolgozatban bemutatott vizsgálati eredményeink egyrészt rámutatnak az anyai depresszió időben történő felismerésének fontosságára, és a szorongásra hajlamos anyákra irányuló fokozottabb odafigyelés jelentőségére már a terhesség időszakában. Erre azért is különösen fontos felhívni a figyelmet, mert egy a nyugati országokban végzett kutatás

eredménye szerint (Logsdon és mtsai, 2012), az egészségügyi személyzet hajlamos a depressziós tünetek figyelmen kívül hagyására az ellátás során. A vizsgálatban résztvevő személyek büntudatot és szégyent éreztek tüneteik miatt és hajlamosak voltak inkább elhallgatni ezeket. Kifejezetten a PPD-t vizsgáló kutatás (Gillibrand, 2012) szintén arra a következtetésre jutott, hogy a vizsgálati személyek azért nem számolnak be a hangulati tüneteikről, mert tartanak az egészségügyi személyzet reakciójától. Mindezek alapján, egyrészt fontos lenne a pszichés tünetekre irányuló, időben történő szűrés alapellátásba való bevezetése a várandósgondozás alatt kérdőívek felvételével. Másrészt az egészségügyben dolgozó orvosok, szülésznők, ápolók és védőnők képzésében kiemelni a pszichés tünetekre való fokozott odafigyelés és az ezzel kapcsolatos helyes kommunikáció fontosságát.

Vizsgálatunk szintén rámutat a hangulati és szorongásos tünetek anya-gyermek kapcsolatra gyakorolt hatásának egyik közvetítő faktorára, a megváltozott percepcióra. Az észlelés negatív irányban történő torzulásának hosszú távú, a kötődésre és a gyermek fejlődésére gyakorolt hatása miatt kiemelten fontos a depresszív és a szorongásos tünetek időben történő detektálása. Emellett az észlelt társas támogatás fontosságára is felhívja a figyelmet, mely hozzájárulhat a hangulati tünetek anya-gyermek kapcsolatra gyakorolt hatásának mérsékléséhez. A terápiás intervenciók szempontjából ezzel ráirányítja a figyelmet az anyák társas kapcsolati hálójának erősítésére és a társas támogatás jelentőségére, melyek fontos szerepet játszhatnak a negatív percepció mérséklésében és a hatékonyabb szülői gondoskodás létrehozásában. Mindemellett fontos mind az apák, mind a nagyszülők bevonása és edukációja a társas támogatás elősegítése érdekében.

9. Következtetések

A dolgozat fő megállapításai a következők:

- 1) Vizsgálatunk megerősítette azt a feltételezést, hogy a prenatális depresszív és szorongásos tünetek előfordulása növeli a posztpartum depresszió megjelenési valószínűségét.
- 2) A prenatális időszakban előforduló szorongásos tünetek a depresszív tüneteknél erősebben jelzik a posztpartum depresszió későbbi megjelenését.
- 3) A posztpartum depresszió legerősebb bejósolója a személyre általánosan jellemző vonásszorongás megléte volt.
- 4) A prenatális időszakban hangulati és szorongásos tüneteket mérő eszközök posztpartum depressziót előrejelző hatékonyságának összehasonlításakor a STAI vonásszorongást mérő alskálája bizonyult a leghatékonyabbnak.
- 5) A posztpartum depresszió hatást gyakorol az anyai észlelésre: a posztpartum depressziós csoportba sorolt anyák kevésbé ítélik pozitívnak a gyermekük feléjük irányuló érzéseit és nehezebbnek érzik a gyermek igényeinek kiszolgálását a nem depressziós csoportba tartozó anyáknál.
- 6) A posztpartum időszakban mért vonásszorongás anyai észlelésre gyakorolt hatása a legerősebb.
- 7) Az észlelt társas támogatás mérsékeli az anyai észlelésben jelentkező negatív torzító hatást.

10. Összefoglalás

A peripartum időszak a nők mentális egészsége szempontjából fokozottan sérülékeny életszakasz, melyet jól tükröz a prenatális és posztpartum depresszió és a szorongásos zavarok magas prevalenciája. Vizsgálati eredményeink szerint, a várandósság ideje alatt jelentkező szorongásos tünetek, különösen a személyre általában is jellemző vonásszorongás jobban előrejelzik a posztpartum időszakban jelentkező depressziót, mint maguk a terhesség alatt jelentkező depressziós tünetek. A prenatális időszakban mért vonásszorongás és állapotszorongás hatását összehasonlítva, a vonásszorongás hatása az anya klinikai szintű posztpartum depressziójára egyértelműen erősebbnek bizonyult. Eredményeink szerint, a vonásszorongás szignifikáns előrejelzője a posztpartum depressziónak és a prenatális időszakban használt különböző mérőeszközök közül leginkább a STAI vonásszorongást mérő alskálája különíti el a posztpartum depressziós és nem depressziós eseteket egymástól.

A korai kötődési kapcsolat alakulásának egyik meghatározó eleme az anya mentális modellje, melynek fontos részét képezi az anya gyermekéről alkotott percepciója. Vizsgálatunk szerint, a posztpartum depresszióban szenvedő anyák kevésbé ítélik pozitívnak a gyermekük feléjük irányuló érzéseit és nehezebbnek érzik a gyermek igényeinek kiszolgálását a nem depressziós csoportba tartozó anyáknál. Az állapotszorongás, a vonásszorongás és a depresszió csökkentik a gyermek anyja felé irányuló érzéseinek pozitív megítélését. Az állapotszorongás és a depresszió hatásának kontroll alatt tartását követően, a vonásszorongás továbbra is befolyásolja a gyermekről való gondoskodási nehézségek észlelését. Kutatásunknak szintén fontos eredménye az észlelt társas támogatás protektív szerepe, mely képes a depresszió, gyermekről alkotott anyai percepcióra gyakorolt negatív hatását mérsékelni.

Összességében a posztpartum depresszióval foglalkozó vizsgálatainkban megfigyelhető volt a vonásszorongás kiemelkedő szerepe. Eredményeink alapján - a prevenció érdekében - fontos lehet, hogy a szorongásos tüneteket mutató anyákra fokozott figyelem irányuljon már a terhesgondozás során is.

11. Summary

Depression and anxiety is common among women and the puerperium is a time of particular vulnerability. The risk of depressive and anxiety symptoms may be increased in this period. Based on our results, prenatal anxiety has predicted better postpartum depression than prenatal depression. The symptoms of anxiety are forerunners of the later depression, and trait anxiety predicts PPD better than the state anxiety symptoms. The result of our research suggests that trait anxiety may be a significant feature of women at risk for PPD. Regarding the discriminating accuracy of the different scales used in the prenatal period, STAI trait anxiety scale has been the most effective predictor of postpartum depression. The predictive power of trait anxiety has been the highest in our research.

Given that the parent's internal working model of their child is a core component of the attachment relationship, it is important to get more information about the elements of this model. Therefore we have examined the role of maternal perception as an important transmitter in the process. One clear implication of our research is that maternal depression has an effect on mothers' perception of their infant. Mothers with PPD feel less positive emotions apart from their children towards themselves, and they found more difficulties to care for their infant than the non PPD group. This result reinforces that depression can cause negative bias in perception. This effect plays a particularly important role in this sensitive postpartum period, as it has adverse effects on not only the women experiencing it but also the children. Other important result of our study reinforces the protective role of perceived social support which can mediate the negative effect of depression to the perception of infant.

Considering the outstanding role of trait anxiety in both of our researches, women who generally worry about things need special attention during prenatal care in order to prevent the negative effects of depression.

12. Irodalomjegyzék:

1. Aasheim V, Waldenström U, Hjelmstedt A, Rasmussen S, Pettersson H, Schytt E. (2012) Associations between advanced maternal age and psychological distress in primiparous women, from early pregnancy to 18 months postpartum. *BJOG*, 119(9):1108-16.
2. Ainsworth MD. (1979) Infant–mother attachment. *Am Psychol*, 34(10):932–937.
3. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
4. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Åström M, Bixo M. (2004) Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstet Gynecol*, 104:467–76.
5. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W, Dragomirecka E, Kohn R, Keller M, Kessler RC, Kawakami N, Kiliç C, Offord D, Ustun TB, Wittchen HU. (2003) The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*, 12(1):3-21.
6. Bagner DM, Pettit JW, Lewinsohn PM, Seeley JR. (2010) Effect of maternal depression on child behavior: a sensitive period? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49(7):699-707.
7. Bansil P, Kuklina EV, Meikle SF, Posner SF, Kourtis AP, Ellington SR, Jamieson DJ. (2010) Maternal and fetal outcomes among women with depression. *J Womens Health*, 19(2): 329-334.

8. Barry TJ, Murray L, Pasco Fearon RM, Moutsiana C, Cooper P, Goodyer IM, Herbert J, Halligan SL. (2015) Maternal postnatal depression predicts altered offspring biological stress reactivity in adulthood. *Psychoneuroendocrinology*, 52:251 – 260.
9. Beck AT. *Depression: Clinical experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row. 1967.
10. Beck CT. (2003) Postpartum depression predictors inventory-revised. *Adv Neonatal Care*, 3:47–8.
11. Beck AT, Steer RA. (1993) *Beck Anxiety Inventory Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
12. Beck A, Emery G, Greenberg RL. (1999) *A szorongásos zavarok és fóbiák kognitív szemlélete*. Budapest: Animula Kiadó.
13. Benetti C, Kambouropoulos N. (2006) Affect-regulated indirect effects of trait anxiety and trait resilience on self-esteem. *Pers Individ Dif*, 41:341-352.
14. Bowlby J. *Attachment*. New York, NY: Basic Books, *Attachment and loss*; Vol 1. 1969/1982.
15. Brockington I. (2004) Postpartum psychiatric disorders. *Lancet*, 363(9405):303-310.
16. Callaghan P, Morrissey J. (1993) Social support and health, a review. *J Adv Nurs*, 18:203–10.
17. Clara I, Cox B, Enns M, Murray L, Torgrud L. (2003) Confirmatory factor analysis of the multidimensional scale of perceived social support in clinically distressed and student samples. *J Pers Assess*, 81:265–70.

18. Corrigan CP, Kwasky AN, Groh CJ. (2015) Social Support, Postpartum Depression, and Professional Assistance: A Survey of Mothers in the Midwestern United States. *J Perinat Educ*, 24(1):48–60.
19. Cox JL, Chapman G, Murray D, Jones P. (1996) Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in non-postnatal women. *J Affect Disord*, 29;39(3):185-9.
20. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. (1987) Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*; 150:782-6.
21. Cummings EM, Keller PS, Davies PT. (2005) Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: Exploring multiple relations with child and family functioning. *J Child Psychol Psychiatry*, 46(5): 479-489.
22. Danis I, Oates J, Gervai J. (2005) A szülő-gyermek kapcsolat felmérésének lehetőségei, *Budapesti Családvizsgálat. Alkalmazott pszichológia*, 7(4):27-37.
23. Danis I, Scheuring N, Gervai J, Oates JM, Czinner A. (2012) [Psychometric parameters of the Hungarian version of Mothers' Object Relations Scales - Short Form (H-MORS-SF) in a large sample] *Psychiatr Hung*, (27)6:392-405.
24. Davies J, Slade P, Wright I, Stewart P. (2008) Posttraumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions of their infants. *Infant Ment Health J*, 29(6): 537–554.
25. Davila J, Karney BR, Hall TW, Bradbury TN. (2003) Depressive symptoms and marital satisfaction: within-subject associations and the moderating effects of gender and neuroticism. *J Fam Psychol*, 17(4):557-570.

26. De Graaf R, Bijl RV, Spijker J, Beekman AT, Vollebergh WA. (2003) Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety and substance use disorders—findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38:1–1.
27. Deave T, Heron J, Evans J, Emond A. (2008) The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. *BJOG*, 115(8):1043-51.
28. Enatescu VR, Enatescu I, Crainab M, Gluhovschib A, Papavaa I, Romosana R, Marianc C, Oprea A, Bernad E. (2014) State and trait anxiety as a psychopathological phenomenon correlated with postpartum depression in a Romanian sample: a pilot study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 35(2):55-61.
29. Faisal-Cury A, Rossi Menezes F. (2007) Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Arch Womens Ment Health*, 10(1):25-32.
30. Faludi G, Gonda X, Döme P. (2015) A szorongás koncepuális aspektusai, klasszifikációja, neuroanatómiája és az anxiolitikum-fejlesztés problémái. *Neuropsychopharmacol Hung*, 17(2):69–80.
31. Feldman R, Eidelman AI, Rotenberg N. (2004) Parenting stress, infant emotion regulation, maternal sensitivity, and the cognitive development of triplets: A model for parent and child influences in a unique ecology. *Child Development*, 75:1774–1791.
32. Field T. (2010) Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behav Dev*, 33(1):1-6.
33. Fonagy P, Target M. (2005) Pszichoanalitikus elméletek a fejlődési pszichopatológia tükrében. Budapest. Gondolat Kiadó.

34. Gadassi R, Rafaeli E. (2015) Interpersonal perception as a mediator of the depression - interpersonal difficulties link: A review. *Personality and Individual Differences*, 87:1-7.
35. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. (2005) Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106:1071–1083.
36. Gentile S. (2015) Untreated depression during pregnancy: short- and long-term effects in offspring. A Systematic Review. *Neuroscience*, 342:154-166.
37. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. (2017) Postpartum depression risk factors: A narrative review. *J Edu Health Promot*, 6:60.
38. Gillibrand R. (2012) Surviving postnatal depression. *The Psychologist*, 25(10):756–758.
39. Goedhart G, Vrijkotte TGM, Roseboom TJ, van der Wal MF, Cuijpers P, Bonse GJ. (2010) Maternal cortisol and offspring birthweight: results from a large prospective cohort study. *Psychoneuroendocrinology*, 35(5):644-52.
40. Glover V. (2014) Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 28:25–35.
41. Goodman JH, Chenausky KL, Freeman MP. (2014) Anxiety disorders during pregnancy: a systematic review. *J Clin Psychiatry*, 75(10):e1153-84.
42. Gordon AM, Tuskeviciute R, Chen S. (2013) A multimethod investigation of depressive symptoms, perceived understanding, and relationship quality: depressed and misunderstood? *Personal Relationships*, 20:635–654.

43. Gorman JM. (1997) Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depress Anxiety*, 4, 160–168.
44. Gotlib I, Joormann J. (2010) Cognition and depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol*, 6:285-312.
45. Gustavson DE, Altamirano LJ, Johnson DP, Whisman MA, Miyake A. (2017) Is set shifting really impaired in trait anxiety? Only when switching away from an effortfully established task set. *Emotion*, 17(1):88-101.
46. Hajduska M. (2008) *Krízislélektan*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
47. Haslam D, Pakenham K, Smith A. (2006) Social support and postpartum depressive symptomatology: the mediating role of maternal self-efficacy. *Infant Ment Health J*, 27:276–291.
48. Hendrick V, Altshuler L, Strouse T, Grosser S. (2000) Postpartum and non-postpartum depression: differences in presentation and response to pharmacologic treatment. *Depress Anxiety*, 11(2):66-72.
49. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. (2004) The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord*, 80:65–73.
50. Hohm E, Zohsel K, Schmidt MH, Esser G, Brandeis D, Banaschewski T, Laucht M. (2017) Impaired Start into Life: Long-Term Effects of Postpartum Depression and the Role of Maternal Interactional Behavior (Beeinträchtigter Start ins Leben Langfristige Auswirkungen der postpartalen Depression und der Einfluss des mütterlichen Interaktionsverhaltens), *Kindheit und Entwicklung*, 26:210-220.

51. Hornstein C, Trautmann-Villalba P, Hohm E, Rave E, Wortmann-Fleisher S, Schwarz M. (2006) Maternal bond and mother–child interaction in severe postpartum psychiatric disorders: is there a link? *Arch Womens Ment Health*, 9:279-284.
52. Huizink AC, Delforterie MJ, Scheinin NM, Tolvanen M, Karlsson L, Karlsson H. (2016) Adaption of pregnancy anxiety questionnaire–revised for all pregnant women regardless of parity: PRAQ-R2. *Arch Womens Ment Health*, 19:125–132.
53. Jones I, Chandra PS, Dazzan P, Howard LM. (2014) Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *Lancet*, 384 (9956):1789–99.
54. Joormann J. (2004) Attentional bias in dysphoria: The role of inhibitory processes. *Cognition and Emotion*, 18(1):125-147.
55. Julian LJ. (2011) Measures of Anxiety. *Arthritis care & research*. 63(0 11):10.1002/acr.20561.
56. Kaplan LA, Evans L, Monk C. (2008) Effects of mothers' prenatal psychiatric status and postnatal caregiving on infant biobehavioral regulation. Can prenatal programming be modified? *Early human development*, 84(4):249-256.
57. Kelly RH, Russo J, Katon W. (2011) Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? *General Hospital Psychiatry*, 23(3):107-13.
58. Kim JJ, Gordon TE, La Porte LM, Adams M, Kuendig JM, Silver RK. (2008) The utility of maternal depression screening in the third trimester. *Am J Obstet Gynecol*, (5):509.e1-5.

59. Kingston D, Tough S, Whitfield H. (2012) Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: a systematic review. *Child Psychiatry Hum Dev*, 43(5):683-714.
60. Kornbrot DE, Msetfi RM, Grimwood MJ. (2013) Time Perception and Depressive Realism: Judgment Type, Psychophysical Functions and Bias. *PLoS ONE*, 8(8): e71585.
61. Kovacs M. (1996) Presentation and Course of Major Depressive Disorder During Childhood and Later Years of the Life Span. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35:705-715.
62. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. (2007) Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol*, 110(5):1102–1112.
63. Lee HY, Hans SL. (2015) Prenatal depression and young low-income mothers' perception of their children from pregnancy through early childhood. *Infant Behav Dev*, 40:183-92.
64. Lefkovich E, Baji I, Rigó J. (2014) Impact of maternal depression on pregnancies and on early attachment. *Infant Ment Health J*, 35:354–365.
65. Leger J, Letourneau N. (2015) New mothers and postpartum depression: a narrative review of peer support intervention studies. *Health Soc Care Community*, 23:337–348.
66. Letourneau N, Duffett-Leger L, Stewart M, Hegadoren K, Dennis C. L., Rinaldi C, Stoppard, J. (2007) Canadian mothers' perceived support needs during postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 36(5):441-449.

67. Li D, Liu L, Odouli R. (2009) Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery: A prospective cohort study. *Human Reproduction*, 24:146–153.
68. Lin N, Dean A, Ensel WM. (Eds.) (1986) *Social support, life events and depression*. Academic Press, Orlando Published online: 2013.
69. Logsdon M, Tomasulo R, Eckert D, Beck C, Lee C. (2012) Identification of mothers at risk for postpartum depression by hospital-based perinatal nurses. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 37(4):218–225.
70. Lohoff FW. (2010) Overview of the Genetics of Major Depressive Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 12(6):539–546.
71. Main, M., Solomon, J. (1990) Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the Preschool Years*. (121–160.). Chicago, University of Chicago Press.
72. Manassis K, Bradley S, Goldberg S, Hood J, Swinson RP. (1994) Attachment in mothers with anxiety disorders and their children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33(8):1106 – 1113.
73. Marcus SM. (2009) Depression during pregnancy: Rates, risks and consequences-Motherisk Update 2008. *Can J Clin Pharmacol*, 16(1):e15–e22.
74. Matthey S, Guedeney A, Starakis N, Barnett B. (2005) Assessing the social behavior of infants: Use of the ADBB scale and relationship to mother's mood. *Inf Ment Health J*, 26:442-458.

75. Matthey S, Ross-Hamid C. (2011) The validity of DSM symptoms for depression and anxiety disorders during pregnancy. *J Affect Disorders*, 133(3):546-52.
76. Matthey S. (2008) Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale to screen for anxiety disorders. *Depress Anxiety*, 25(11):926–931.
77. McGrath JM, Records K, Rice M. (2008) Maternal depression and infant temperament characteristics. *Infant Behav Dev*, 31(1):71–80.
78. Meins E, Fernyhough C, de Rosnay M, Arnott B, Leekam SR, Turner M. (2012) Mind-mindedness as a multidimensional construct: Appropriate and non-attuned mindrelated comments in dependently predict infant-mother attachment in a socially diverse sample. *Infancy*, 17, 393-415.
79. Michael T, Zetsche U, Margraf J. (2007) Epidemiology of anxiety disorders, *Psychiatry*, 6(4):136-142.
80. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, Ericksen J, Ellwood D, Buist A. (2008) Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord*, 108, 147–157.
81. Milgrom J, Westley D, Gemmill AW. (2004) The mediating role of maternal responsiveness in some longer-term effects of postnatal depression on infant development. *Infant Behav Dev*, 27:443-454.
82. Molnár J, München Á. (2014) A STAI módosított alkalmazása postpartum szorongás vizsgálatában, *Alkalmazott pszichológia*, 14(2):123–140.
83. Molnár J. (2013) Prevalence and symptomatology of postpartum psychiatric disorders. In Angyalosi, G., Münnich, Á., Pusztai, G. (eds): *Interdisciplinary*

Research in Humanities. Constantine the Philosopher University in Nitra, Faculty of Central European Studies. 311–325.

84. Moore MT, Fresco DM. (2012) Depressive realism: A meta-analytic review. Review Article. *Clin Psychol Rev*, 32(6):496-509.
85. Morikawa M, Okada T, Ando M, Aleksic B, Kunimoto S, Nakamura Y, Kubota C, Uno Y, Tamaji A, Hayakawa N, Furumura K, Shiino T, Morita T, Ishikawa N, Ohoka H, Usui H, Banno N, Murase S, Goto S, Kanai A, Masuda T, Ozaki N. (2015) Relationship between social support during pregnancy and postpartum depressive state: a prospective cohort study. *Sci Rep*, 5:10520.
86. Moss KM, Skouteris H, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J. (2009) Depressive and anxiety symptoms through late pregnancy and the first year post birth: an examination of prospective relationships. *Arch Womens Ment Health*, 12:345-349.
87. Mulder EJH, Robles de Medina PG, Huizink AC, Van den Bergh BRH, Buitelaar JK, Visser GHA. (2002) Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early Human Development*, 70:3–14.
88. Murray L, Cooper P. (2017) Postnatal depression and the under-tuos, In: *Transforming infant well-being, Research, policy and practice for the first 1001 critical days*, Edited by Leach P. Routledge, New York.
89. Muzik M, Klier CM, Rosenblum KL, Holzinger A, Umek W, Katschnig H. (2000) Are commonly used self-report inventories suitable for screening postpartum depression and anxiety disorders? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102:71–73.
90. Najman JM, Williams GM, Nikles J, Spence S, Bor W, O’Callaghan M, Le Brocque R, Andersen MJ, Shuttlewood GJ. (2001) Bias Influencing Maternal

Reports of Child Behaviour and Emotional State. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36(4):186–194.

91. Nasreen HE, Kabir ZN, Forsell Y, Edhborg M. (2011) Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: a population based study in rural Bangladesh. *BMC Womens Health*, 2;11-22.
92. Negron R, Martin A, Almog M, Balbierz A, Howell EA. (2013) Social support during the postpartum period: Mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Matern Child Health J*, 17(4):616–623.
93. Nicholson WK, Setse R, Hill-Briggs F, Cooper LA, Strobino D and Powe NP. (2006) Depressive Symptoms and Health-Related Quality of Life in Early Pregnancy. *Obstet Gynecol*, 107:798–806.
94. Oates JM, Gervai J, Danis I, Tsaroucha A. (2004) Validation studies of the Mothers Object Relations Scales Short Form (MORS-SF), XIIth European Conference on Developmental Psychology, La Laguna, Tenerife, Spain.
95. Ohara M, Okada T, Aleksic B, Morikawa M, Kubota C, Nakamura Y, Shiino T, Yamauchi A, Uno Y, Murase S, Goto S, Kanai A, Masuda T, Nakatochi M, Ando M, Ozaki N. (2017) Social support helps protect against perinatal bonding failure and depression among mothers: a prospective cohort study. *Scientific Reports* 7, Article number:9546.
96. Ortet G, Ibanez MI, Llerena A, Torrubia R. (2002) The underlying traits of the Karolinska Scales of Personality (KSP). *Eur J of Psychol Assess*, 18:139–48.
97. Pakenham KI, Smith A, Rattan SL. (2007) Application of a stress and coping model to antenatal depressive symptomatology. *Psychology, Health & Medicine*, 12(3):266-277.

98. Páll I. (2002) A szüléshez társuló pszichiátriai betegségek, LAM 12 (3):153-158.
99. Parsons CE, Young KS, Rochat TJ, Kringelbach ML, Stein A. (2012) Postnatal depression and its effects on child development: a review of evidence from low- and middle-income countries. *Br Med Bull*, 101:57-79.
100. Pitt B. (1968) "Atypical" depression following childbirth. *Brit. J. Psychiatry*, 114: 1325-1335.
101. Platte P, Herbert C, Pauli P, Breslin PAS. (2013) Oral perceptions of fat and taste stimuli are modulated by affect and mood induction. *PLoS ONE* 8(6):e65006.
102. Punkanen M, Eerola T, Erkkila J. (2011) Biased emotional recognition in depression: Perception of emotions in music by depressed patients. *J Affect Disord*, 130(1-2):118-26.
103. Renner KH, Hock M, Bergner-Köther R, Laux L. (2016) Differentiating anxiety and depression: the State-Trait Anxiety-Depression Inventory, *Cognition and Emotion*, 1-15.
104. Righetti-Veltema M, Conne-Perréard E, Bousquet A, Manzano J. (2002) Postpartum depression and mother–infant relationship at 3 months old. *J Affect Disord*, 70:291-306.
105. Riskind JH, Kleiman EM, Seifritz E, Neuhoff J. (2014) Influence of anxiety, depression and looming cognitive style on auditory looming perception. *J Anxiety Disord*, 28(1):45-50.

106. Robbins Broth M, Goodman SH, Hall C, Raynor LC. (2004) Depressed and well mothers' emotion interpretation accuracy and the quality of mother—infant interaction. *Infancy*, 6(1):37–55.
107. Robertson E, Grace S, Wallington TM, Stewart DE. (2004) Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*, 26(4):289–295.
108. Rogosch FA, Cicchetti D, Toth SL. (2004). Expressed emotion in multiple subsystems of the families of toddlers with depressed mothers. *Dev Psychopathol*, 16(3):689-709.
109. Ross LE, Gilbert Evans SE, Sellers EM, Romach MK. (2003) Measurement issues in postpartum depression part 1: anxiety as a feature of postpartum depression. *Arch Women Ment Health*, 6(1):51–57.
110. Schablitzky S, Pause BM. (2014) Sadness might isolate you in a non-smelling world: olfactory perception and depression. *Frontiers in Psychology*, 5:45.
111. Schiller CE, Meltzer-Brody S, Rubinow DR. (2015) The role of reproductive hormones in postpartum depression. *CNS Spectrums*, 20(1):48–59.
112. Seretti A, Olgiati P, Colombo C. (2005) Components of self-esteem in affective patients and non-psychiatric controls. *J Affect Disord*, 88:93-98.
113. Sharma V, Burt VK. (2011) DSM-5: modifying the postpartum-onset specifier to include hypomania. *Arch Womens Ment Health*, 14(1), 67–69.
114. Siegle G, Steinhauer S, Thase M, Stenger V, Carter C. (2002) Can't shake that feeling: event-related fMRI assessment of sustained amygdala activity in response to emotional information in depressed individuals. *Biol Psychiatry*, 51(9):693-707.

115. Simkiss DE, MacCallum F, Fan EEY, Oates JM, Kimani KM, Stewart-Brown S. (2013) Validation of the mothers object relations scales in 2–4 year old children and comparison with the child–parent relationship scale. *Health Qual Life Outcomes*, 11:49.
116. Simpson W, Glazer M, Michalski N, Steiner M, Frey BN. (2014) Comparative efficacy of the generalized anxiety disorder 7-item scale and the Edinburgh Postnatal Depression Scale as screening tools for generalized anxiety disorder in pregnancy and the postpartum period. *Can J Psychiatry*, 59(8):434-40.
117. Sipos K, Sipos M. (1983) The development and validation of the Hungarian form of the State-Trait Anxiety Inventory. In Spielberger CD, Dia-Guerrero RR (Eds): *Cross-Cultural Anxiety*, 2:27-39, Hemisphere Publishing Corporation.
118. Sohr-Preston SL, Scaramella LV. (2006) Implications of maternal depressive symptoms for early cognitive language development. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 9:65-83.
119. Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. (1970) *The state/trait anxiety inventory*. Consulting Psychology Press; Paolo Alto, CA.
120. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA. (1983) *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
121. Stein A, Craske MG, Lehtonen A, Harvey A, Savage-McGlynn E, Davies B, Goodwin J, Murray L, Cortina-Borja M, Counsell N. (2012) Maternal cognitions and mother–infant interaction in postnatal depression and generalized anxiety disorder. *J Abnorm Psychol*, Advance online publication.

122. Sutter-Dallay AL, Giaconne-Marcusche V, Glatigny-Dallay E, Verdoux H. (2004) Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Eur Psychiatry*, 19:459–463.
123. Taylor SE, Brown JD. (1988) Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychol Bull*, 103:193-210.
124. Thoits PA. (2011) Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *J Health Soc Behav*, 52:145–161.
125. Thompson T, Correll CU, Gallop K, Vancampfort D, Stubbs B. (2016) Is pain perception altered in people with depression? A systematic review and meta-analysis of experimental pain research. *Journal of Pain*, 17(12):1257-1272.
126. Tőreki A, Andó B, Keresztúri A, Sikovanyecz J, Dudás RB, Janka Z, Kozinszky Z, Pál A. (2013) The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Translation and antepartum validation for a Hungarian sample. *Midwifery*, 29(4):308-15.
127. Torzsa P, Rihmer Z, Gonda X, Sebestyén B, Szokontor N, Kalabai L. (2008) A depresszió prevalenciája az alapellátásban Magyarországon. *Neuropsychopharmacol Hung*, X(5):265-270.
128. Weger M, Sandi C. (2018) High anxiety trait: A vulnerable phenotype for stress-induced depression, *Neurosci Biobehav Rev*, 87:27-37.
129. Wenzel A. (2011) Anxiety in childbearing women. *Diagnosis and Treatment*. American Psychological Association, Washington DC, 2011.
130. Winnicott DW. (1987) *Babies and their mothers*. New York: Addison Wesley.

131. Yuksel F, Akin S, Durna, Z. (2014) Prenatal distress in Turkish pregnant women and factors associated with maternal prenatal distress. *J Clin Nurs*, 23:54–64.
132. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. (1988) The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*, 52:30-41.

13. A disszertáció témájában megjelent saját közlemények

- Eszter Lefkovics, Ildikó Baji, János Rigó (2014) The Impact of Maternal Depression on Pregnancies and Early attachment. *Infant Mental Health Journal*, 35(4):354-365.

IF: 1,071 (2014) *A közlemény típusa miatt nem kerül beszámításra.*

- János Rigó, András Kecskeméti, Attila Molvarec, Eszter Lefkovics, Bernadett Szita, Ildikó Baji (2015) Postpartum depression and anxiety in hypertensive disorders of pregnancy. *Pregnancy Hypertension*, 5(1):117-8.

- Eszter Lefkovics, János Rigó, Bernadett Szita, Júlia Talabér, András Kecskeméti, Illés Kovács, Ildikó Baji (2017) Relevance of anxiety in the perinatal period: prospective study in a Hungarian sample. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 39(3):219-226.

IF: 1,900 (2017)

- Eszter Lefkovics, János Rigó, Illés Kovács, Júlia Talabér, Bernadett Szita, András Kecskeméti, László Szabó, Zsolt Somogyvári, Ildikó Baji (2018) Effect of maternal depression and anxiety to mother's perception of child. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, In press, 1-15.

IF: 1,247* (2018)

A disszertációhoz kapcsolódó publikációkra vonatkozó összesített impakt faktor: 3,147

*A folyóirat adott évre vonatkozó impakt faktora még nem érhető el.

14. A disszertáció témájához nem kapcsolódó saját közlemények:

- Judit Balázs, Andrea Bíró, Dominika Dálnoki, Eszter Lefkovics, Zsuzsa Tamás (2004) A Gyermekek M.I.N.I. kérdőív magyar nyelvű változatának ismertetése, [Presentation of the Hungarian version of M.I.N.I. kid] *Psychiatria Hungarica*, 19/4:358-364.
- Lauren M Bylsma, Ilya Yaroslavsky, Jonathan Rottenberg, J Richard Jennings, Charles J George, Enikő Kiss, Krisztina Kapornai, Kitti Halas, Roberta Dochnal, Eszter Lefkovics, István Benák, Ildikó Baji, Ágnes Vetró, Maria Kovacs: (2015) Juvenile onset depression alters cardiac autonomic balance in response to psychological and physical challenges, *Biological psychology* 07,110:167-174.
IF: 3,234 (2015)
- Lauren M Bylsma, Ilya Yaroslavsky, Jonathan Rottenberg, Enikő Kiss, Krisztina Kapornai, Kitti Halas, Roberta Dochnal, Eszter Lefkovics, Ildikó Baji, Ágnes Vetró, Maria Kovacs (2016) Familiality of mood repair responses among youth with and without histories of depression, *Cognition and Emotion* 04:807-16.
IF: 2,688 (2016)

A disszertáció témájától független publikációkra vonatkozó összesített impakt faktor:

5,922

*A folyóirat adott évre vonatkozó impakt faktora még nem érhető el.

15. Köszönetnyilvánítás

Mindenekelőtt szeretném kifejezni köszönetemet és hálámat témavezetőmnek, Dr. Baji Ildikónak szakmai és emberi támogatásáért, valamint a lehetőségért, hogy részt vehettem a kutatásban, hogy bevezetett és mindvégig segített a kutatói munka lépcsőfokain át és megismertette velem a kutatói hivatás szépségét.

Külön köszönettel tartozom Dr. Rigó János Professzor úrnak azért, hogy biztosította a kutatáshoz szükséges háttérrel és folyamatos támogatásával lehetővé tette a Semmelweis Egyetem 1. számú Női Klinikáján a kutatás kivitelezését. Emellett külön szeretném megköszönni biztató szavait és útmutatását, mellyel hozzájárult szakmai fejlődésemhez. Hálásan köszönöm Dr. Kovács Illésnek türelmes és kimeríthetetlen segítségét, mely nélkül nem születhetett volna meg ez a disszertáció sem.

Szeretnék köszönetet mondani a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskola Családgondozási Tanszéke vezetőinek, Dr. Szabó Lászlónak és Dr. Somogyvári Zsoltnak, hogy biztos háttérrel nyújtottak a kutatás kivitelezéséhez.

Köszönet illeti a kutatásban résztvevő szülésznőket és nővéreket, különös tekintettel Nádudvari Gabriellát és Jánosi Ritát, akik kiemelkedő szerepet tölthettek be a kutatás lebonyolításában.

Köszönöm Szita Bernadettnek és Talabér Júliának, hogy mindvégig segítettek, bátorítottak a kutatásban végzett közös munka során.

Külön szeretnék köszönetet mondani Dr. Borján Eszter kolléganőmnek önzetlen támogatásáért, biztató szavaiért és útmutatásáért a disszertációhoz vezető úton.

Hálás köszönet illeti a kutatásban résztvevő összes kismamát, akik önzetlenül vállalták a vizsgálatban való részvételt.

Végül, de nem utolsósorban köszönettel tartozom a kitartó és pótolhatatlan támogatásért családomnak: férjemnek, Kovács Tamásnak és szüleimnek, Lefkovics Péterné Koczor Juditnak és Lefkovics Péternek, valamint a gyerekeimnek, Kovács Hannának, Sárának és Beninek. Disszertációm nem jöhetett volna létre családom támogatása, biztatása és gondoskodása nélkül.

1. melléklet:

EPDS kérdőív

UTASÍTÁS: Néhány olyan megállapítást olvashat az alábbiakban, amelyekkel az emberek önmagukat szokták jellemezni. Figyelmesen olvassa el valamennyit és húzza alá azt, amelyik Önre leginkább jellemző volt az elmúlt 7 napban.

Nincsenek helyes vagy helytelen válaszok. Ne gondolkozzon túl sokat, gondoljon az elmúlt 7 napra, és válassza ki azt, amelyik legjobban kifejezi érzéseit.

A következő példa segít a kitöltésben:

Boldog vagyok:

a. igen, legtöbbször

b. igen, néha

c. nem, nem túl gyakran

d. nem, egyáltalán

Ez azt jelenti, hogy „Az elmúlt héten néhányszor boldognak éreztem magam”.

Kérjük, ennek megfelelően töltse ki a kérdőívet!

Az elmúlt 7 napban:

1. Képes voltam nevetni és a dolgok vidámabb oldalát nézni:

a. Ugyanolyan gyakran, mint régebben

b. Nem egészen olyan gyakran, mint régebben

c. Határozottan kevesebbszer, mint régebben

d. Egyáltalán nem

Az elmúlt 7 napban:

2. Örömmel vártam dolgokat:

- a. Éppen úgy, mint azelőtt
- b. Kevésbé, mint azelőtt
- c. Határozottan kevésbé, mint azelőtt
- d. Szinte egyáltalán nem

3. Feleslegesen hibáztattam magam, ha valami nem sikerült:

- a. Igen legtöbbször
- b. Igen, néha
- c. Nem, nem túl gyakran
- d. Nem, soha

4. Aggódtam és szorongtam minden ok nélkül:

- a. Nem, egyáltalán
- b. Szinte soha
- c. Igen, néha
- d. Igen, nagyon gyakran

5. Ijedt vagy rémült voltam, minden ok nélkül:

- a. Igen, nagyon sokszor
- b. Igen, néha
- c. Nem, nem nagyon
- d. Egyáltalán nem

6. A dolgok a fejemre nőttek:

- a. Igen, legtöbbször úgy éreztem, képtelen vagyok megbirkózni velük
- b. Igen, néha képtelen voltam úgy megbirkózni velük, mint általában
- c. Nem legtöbbször egészen jól megbirkóztam velük
- d. Nem ugyanúgy megbirkóztam velük, mint korábban is bármikor

Az elmúlt 7 napban:

7. Annyira boldogtalannak éreztem magam, hogy nem tudtam aludni:

- a. Igen, legtöbbször
- b. Igen, néha
- c. Nem nagyon gyakran
- d. Egyáltalán nem

8. Szomorúnak vagy szerencsétlennak éreztem magam:

- a. Igen, legtöbbször
- b. Igen, néha
- c. Nem nagyon gyakran
- d. Egyáltalán nem

9. Annyira boldogtalannak éreztem magam, hogy elsírtam magam:

- a. Igen, nagyon sokszor
- b. Igen, elég gyakran
- c. Csak alkalmanként
- d. Nem, soha

10. Megfordult a fejemben az a gondolat, hogy kárt teszek magamban:

- a. Igen, elég gyakran
- b. Néha
- c. Szinte soha
- d. Soha

Köszönjük segítségét!

2. melléklet: STAI kérdőív**SPIELBERGER ÖNÉRTÉKELÉSI LAP****UTASÍTÁS:**

Néhány olyan megállapítást olvashat az alábbiakban, amelyekkel az emberek önmagukat szokták jellemezni. Figyelmesen olvassa el valamennyit és karikázza be a jobboldali számok közül a megfelelőt, attól függően, hogy ebben a pillanatban,

ÉPPEN MOST HOGYAN ÉRZI MAGÁT.

Nincsenek helyes vagy helytelen válaszok. Ne gondolkozzon túl sokat, hanem a jelenlegi érzéseit legjobban kifejező választ jelölje meg.

	EGYÁLTALÁN NEM	VALA- MENNYIRE	ELÉGGE	NAGYON/ TELJESEN	#
Nyugodtnak érzem magam.	1	2	3	4	1
Biztonságban érzem magam.	1	2	3	4	2
Feszültnek érzem magam.	1	2	3	4	3
Valami bánt.	1	2	3	4	4
Gondtalannak érzem magam.	1	2	3	4	5
Zaklatott vagyok.	1	2	3	4	6
Aggódok, hogy bajba keveredem.	1	2	3	4	7
Kipihentnek érzem magam.	1	2	3	4	8
Szorongok.	1	2	3	4	9
Kellemesen érzem magam.	1	2	3	4	10

Elég önbizalmat érzek magamban.	1	2	3	4	11
Idegess vagyok.	1	2	3	4	12
Nyugtalannak érzem magam.	1	2	3	4	13
Fel vagyok húzva.	1	2	3	4	14
Minden feszültségtől mentes vagyok.	1	2	3	4	15
Elégedett vagyok.	1	2	3	4	16
Aggódom.	1	2	3	4	17
Túlzottan izgatott és feldúlt vagyok.	1	2	3	4	18
Vidám vagyok.	1	2	3	4	19
Jól érzem magam.	1	2	3	4	20

UTASÍTÁS

Néhány olyan megállapítást olvashat az alábbiakban, amelyekkel az emberek önmagukat szokták jellemezni. Figyelmesen olvassa el valamennyit és karikázza be a jobboldali számok közül a megfelelőt, attól függően, hogy

ÁLTALÁBAN HOGYAN ÉRZI MAGÁT

Nincsenek helyes vagy helytelen válaszok. Ne gondolkozzon túl sokat, hanem azt a választ jelölje meg, amely általában jellemző Önre.

	EGYÁLTALÁN NEM	VALA- MENNYIRE	ELÉGGE	NAGYON/ TELJESEN	#
Jól érzem magam.	1	2	3	4	21
Gyorsan elfáradok.	1	2	3	4	22
A sírás ellen küszködni kell.	1	2	3	4	23
A szerencse engem elkerül.	1	2	3	4	24
Sokszor hátrányos helyzetbe kerülök, mert nem tudom elég gyorsan elhatározni magam.	1	2	3	4	25
Kipihentnek érzem magam.	1	2	3	4	26
Nyugodt, megfontolt és tettre kész vagyok.	1	2	3	4	27
Úgy érzem, hogy annyi megoldatlan problémám van, hogy nem tudok úrrá lenni rajtuk.	1	2	3	4	28

A semmiségeket is túlzottan a szívemre veszem.	1	2	3	4	29
Boldog vagyok.	1	2	3	4	30
Hajlamos vagyok túlságosan komolyan venni dolgokat.	1	2	3	4	31
Kevés az önbizalmam	1	2	3	4	32
Biztonságban érzem magam.	1	2	3	4	33
A kritikus helyzeteket szívesen elkerülöm.	1	2	3	4	34
Csüggedtnek érzem magam.	1	2	3	4	35
Elégedett vagyok.	1	2	3	4	36
Lényegtelen dolgok is sokáig foglalkoztatnak, és nem hagynak nyugodni.	1	2	3	4	37
A csalódások annyira megviselnek, hogy nem tudom a fejemből kiverni őket.	1	2	3	4	38
Kiegyensúlyozott vagyok.	1	2	3	4	39
Feszült lelki állapotba jutok és izgatott leszek, ha az utóbbi időszak gondjaira, bajaira gondolok.	1	2	3	4	40

Köszönjük segítségét!

3. melléklet:**MORS-SF kérdőív****AZ ÉN GYERMEKEM:**

Kérjük, jelölje be, hogy az alábbi állítások közül melyek jellemzik gyermekét.

Nincsenek “jó” és “rossz” válaszok: ezek dolgok időnként jellemzők lehetnek minden kisbabára.

AZ ÉN GYERMEKEM:	mindig	nagyon gyakran	gyakran	időnként	ritkán	soha
1. mosolyog rám	[]	[]	[]	[]	[]	[]
2. felbosszant engem	[]	[]	[]	[]	[]	[]
3. szeret velem játszani	[]	[]	[]	[]	[]	[]
4. “beszél” hozzám	[]	[]	[]	[]	[]	[]
5. idegesít	[]	[]	[]	[]	[]	[]
6. szeret engem	[]	[]	[]	[]	[]	[]
7. túl sok figyelmet igényel	[]	[]	[]	[]	[]	[]
8. nevet	[]	[]	[]	[]	[]	[]
9. rosszkedvű	[]	[]	[]	[]	[]	[]
10. uralkodik rajtam	[]	[]	[]	[]	[]	[]
11. szeret örömet szerezni nekem	[]	[]	[]	[]	[]	[]
12. ok nélkül sír	[]	[]	[]	[]	[]	[]
13. kedves velem	[]	[]	[]	[]	[]	[]
14. kihoz a sodromból	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	mindig	nagyon gyakran	gyakran	időnként	ritkán	soha
	5	4	3	2	1	0

4. melléklet: MSPSS kérdőív**Észlelt Társas Támogatást mérő multidimenzionális skála**

Kérjük, olvassa el figyelmesen az alábbi állításokat. Minden egyes állításnál karikázza be azt a számot, amelyik a legjobban igaz Önre!

	Egyáltalán nem értek egyet	Határozottan nem értek egyet	Inkább nem értek egyet	Közömbös	Inkább egyet értek	Határozottan egyet értek	Teljesen egyet értek
Van olyan személy, aki elérhető számomra, amikor szükségem van rá.	1	2	3	4	5	6	7
Van olyan személy, akivel meg tudom osztani az örömömet és a bánatomat.	1	2	3	4	5	6	7
A családom igazán megpróbál segíteni nekem.	1	2	3	4	5	6	7
Megkapom a családomtól azt az érzelmi segítséget és támaszt, amire szükségem van.	1	2	3	4	5	6	7
Van olyan személy az életemben, aki igazán vigaszt tud nyújtani nekem.	1	2	3	4	5	6	7
A barátaim igazán próbálnak segíteni nekem.	1	2	3	4	5	6	7
Számíthatok a barátaimra, amikor rosszul mennek a dolgok.	1	2	3	4	5	6	7

Beszélhetek a családommal a problémáimról.	1	2	3	4	5	6	7
Vannak barátaim, akikkel meg tudom osztani az örömeimet és a bánatomat.	1	2	3	4	5	6	7
Van olyan személy az életemben, aki törődik az érzéseimmel.	1	2	3	4	5	6	7
A családom kész segíteni nekem a döntések meghozatalában.	1	2	3	4	5	6	7
Beszélhetek a barátaimmal a problémáimról.	1	2	3	4	5	6	7